FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1884 **THÈSE** N° 78

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

ésentée et soutenue le 24 Décembre 1884, à 1 heure

PAR M. POURRAT

Né à Ambert (Puy-de-Dôme), le 26 octobre 1858,
Interne et lauréat des hôpitaux de Clermont-Ferrand,
Prosecteur de l'Ecole de médecine de Clermond-Ferrand.

S TROUBLES URINAIRES

COMPLIQUANT

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Président : M. DAMASCHINO, *professeur*.

Juges. : MM. { JOFFROY, *professeur*. RENDU, TERRILLON, *agrégés*.

dat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

NT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PAR

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD
Physique médicale	GAVARRE
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BAILLON
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHAR
Pathologie médicale	PETER. DAMASCE
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELO
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAUI
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHAR
Médecine légale	BROUARD
Accouchements, maladies de femmes en couche et de enfants nouveau-nés	TARNIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULB
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIE
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUI TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEM
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIG
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHEL
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICH
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (A
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY.	REMY.	STRAUS
GARIEL.	KIRMISSON.	R NDU.	TERRILI
	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIE

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPI

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'ente donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DAMASCHINO

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR POZZI,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

A MES PREMIERS MAITRES

LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND.

DES

TROUBLES URINAIRES

COMPLIQUANT LES

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION.

L'étude des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus peut se diviser en deux chapitres :

1° L'action du corps fibreux sur la vessie ;

2° Son retentissement sur le rein et son conduit excréteur.

Telle est la division que nous avons cru devoir adopter, tout en ayant surtout l'intention d'étudier les complications urinaires pouvant survenir du côté du rein. C'est à ces dernières que sera consacrée la plus grande partie de notre travail, nous efforçant d'en faire ressortir le mieux qu'il nous sera possible l'importance, tant

au point de vue du pronostic que de l'indication de l'opération de l'hystérotomie.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis tout d'abord de remercier notre excellent maître, M. le professeur Damaschino, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le Dr Pozzi, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé de la Faculté, nous permettra de lui faire ici nos plus sincères remerciements pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous confier les épreuves de son excellent article des *Annales de gynécologie* (1), lorsqu'il était encore inédit, et pour tous les renseignements qu'il a bien voulu nous donner.

(1) Ann. de Gynécol. Juillet 1884, p. 1.

CHAPITRE Ier.

Action du corps fibreux sur la vessie. Troubles de la miction.

« Quand on examine avec soin les nombreuses observations publiées sur les kystes de l'ovaire (1) ou qu'on interroge sur leurs antécédents les femmes qui sont atteintes de cette affection, on est frappé du faible retentissement produit sur la vessie par la présence de la tumeur dans l'abdomen (2). »

(1) Terrillon. Rapport des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires, troubles fonctionnels et difficultés opératoires qui en sont la conséquence. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1884.)

(2) Quoique faible, ce retentissement mérite l'attention de l'opérateur au point de vue du pronostic. (New-York med. Rec., 13 octobre 1883.)

Ch. Briddon. Cas de laparotomie avec considérations sur les causes de la mort.

a. Ovariotomie double. Pas d'adhérences. Mort en 75 h. 1/2, de péritonite septique.

b. Kystes adhérents suppurés. Ovariotomie double. Septicémie. Mort en 96 heures. Sclérose rénale diffuse.

Dans ses observations, l'auteur appelle l'attention sur le fait

Il n'en est malheureusement pas de même pour les corps fibreux de l'utérus, et on sait avec quelle rapidité souvent et quelle intensité parfois les hystéromes agissent sur la vessie, dont ils gênent profondément les fonctions.

A quelles causes attribuer cette différence ? On nous permettra d'attirer un peu l'attention sur ce point.

Le kyste de l'ovaire est (sauf les cas où il est enclavé dans le ligament large) une tumeur abdominale. Il prend naissance au niveau du détroit supérieur et son développement le porte naturellement du côté de l'abdomen. D'autre part, le kyste est une masse liquide, au même titre que la vessie remplie d'urine; en outre, celle-ci présente sur celui-là l'avantage d'avoir une paroi musculaire résistante, plus solide que celle du kyste ; de sorte qu'au point de vue de la consistance et par suite

suivant : De l'attention qu'il faut donner à la sécrétion urinaire avant l'opération, au point de vue du pronostic. Dans les deux cas, pendant tout le temps où la malade fut soumise à l'observation, avant d'être opérée, la quantité d'urine avait été notablement diminuée. Dans le premier cas on ne trouva rien à l'autopsie. Dans le second, où (quelque temps avant la mort mais après l'opération) on avait trouvé de l'albumine et des cylindres, on rencontra de la néphrite diffuse.

L'auteur est porté à attribuer à cette lésion une certaine part des accidents observés. Du reste, le deuxième cas avait été compliqué d'hémorrhagie pelvienne grave et d'un épanchement de pus dans la cavité abdominale. L'auteur est d'accord avec Spencer Wells, Osborne, Lawson Tait, Traube, qui croient que l'insuffisance de l'excrétion urinaire contribue à accumuler dans le sang des matériaux qui favorisent le développement des accidents inflammatoires.

de la résistance, l'avantage paraît être au globe vésical, qui peut déprimer la tumeur ovarienne. (Il est bien évident que nous laissons de côté les tumeurs solides de l'ovaire.)

Le fibrome, au contraire, occupe, par rapport à la vessie, une situation beaucoup plus compromettante pour la fonction de cette dernière, et à ce propos nous croyons utile de rappeler quelques notions anatomiques indispensables à notre sujet.

M. le professeur Sappey a montré l'influence incontestable qu'exerce la vessie sur la direction de l'utérus ; il a démontré avec la plus grande netteté que le grand axe de la cavité utérine se déplaçait suivant l'état de plus ou moins grande réplétion du réservoir vésical, de telle façon que l'organe gestateur, qui est, à l'état de vacuité de la vessie, en antéversion normale et qui forme avec l'axe du vagin un angle obtus à sinus antérieur, se redresse de plus en plus et arrive à un certain moment, lorsque la vessie est pleine, à se trouver directement dans le prolongement du vagin. C'est, du reste, ce phénomène qui a été invoqué pour expliquer la rétroversion de l'utérus qui se produit chez les femmes enceintes, rétroversion qui peut avoir, ainsi qu'on le sait, les plus funestes conséquences au point de vue de l'accouchement.

Un autre auteur allemand, dont la compétence est indiscutable au point de vue qui nous occupe, Schultze (1),

(1) Shultze. Cité dans Winkel. Die Kranheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Stuttgart, 1877, p. 8.

croit que l'utérus, à l'état normal et pendant l'état de vacuité de la vessie, est dirigé horizontalement en forme de plafond, au-dessus de celle-ci, qu'il écrase contre le pubis.

Ces rapports si intimes suffisent pour faire comprendre que si l'utérus ne peut plus se déplacer, la vessie restera comprimée contre le pubis et ne pourra plus contenir qu'une très faible quantité d'urine. On sait, d'autre part, avec quelle facilité les déviations utérines, en antéversion, agissent sur la miction ; il sera, a fortiori, possible de comprendre comment des tumeurs de la face antérieure de l'utérus auront une grande influence sur les fonctions de la vessie.

En parlant du kyste, nous avons dit qu'entre cette tumeur et la vessie pleine, l'avantage, au point de vue de la résistance, était à cette dernière. En est-il de même pour le fibrome ?

Le rapport est exactement renversé dans les cas de myomes utérins. En effet, sans parler de ces tumeurs calcifiées, qui acquièrent alors la solidité de la pierre, dans les conditions normales, la tumeur fibreuse, dure, résistante, élastique, présente une consistance infiniment supérieure à celle de la vessie ; et celle-ci, malgré sa puissante musculature, sera absolument insuffisante à la déprimer, comme elle le faisait pour le kyste ovarien.

Deux circonstances militent donc d'une façon toute particulière en faveur du myome utérin comme perturbateur des fonctions de la vessie ; d'une part les rapports

de l'utérus avec celle-ci, d'autre part la consistance de la tumeur.

Nombre d'observations viennent à l'appui des idées que nous venons d'émettre, et on peut dire que dans toutes on trouve notés des symptômes vésicaux. A ce propos, qu'il nous soit permis de faire déjà une petite remarque sur laquelle nous aurons du reste occasion de revenir plus longuement dans la suite de ce travail. Les corps fibreux qui gênent l'excrétion de l'urine sont surtout les fibromes interstitiels, et parmi eux de préférence ceux qui sont enclavés dans le petit bassin.

Quels sont ces troubles du côté de la vessie ?

Ces tumeurs, d'une façon générale, produisent de l'incontinence ou de la rétention des urines.

L'incontinence d'urine peut apparaître de deux manières bien différentes, suivant que le fibrome agit sur le corps ou bien sur le col de la vessie. Si la tumeur siège au niveau de la partie inférieure de l'utérus, le col vésical, à la suite d'une irritation trop longtemps prolongée, peut se trouver paralysé. Le sphincter ne se contractant plus laisse échapper l'urine par le canal de l'urèthre. Mais ce n'est pas de cette manière que l'incontinence se produit ordinairement.

Le plus souvent le corps fibreux comprime le corps de la vessie ; il est même possible que le réservoir urinaire ayant contracté des adhérences avec la tumeur enclavée dans le petit bassin, soit, par le fait du développement graduel de celle-ci, de plus en plus réduit de volume et finisse par ne plus être qu'une sorte de cavité virtuelle étroitement appliquée contre la paroi osseuse du bassin.

L'urine ne peut plus y séjourner. Le réservoir urinaire siégeant entre l'uretère et l'urèthre a complètement disparu.

Néanmoins, et il est bon de le dire tout de suite, malgré son incommodité, l'incontinence d'urine est plus rare et bien moins grave que la rétention. En effet, l'urine ne s'accumulant pas en arrière de la vessie, dans l'uretère, ne donne pas lieu à des accidents rénaux, et d'autre part l'incontinence tire souvent un grand bénéfice des moyens palliatifs employés pour traiter le corps fibreux. C'est ce qui n'a pas lieu pour la rétention.

Celle-ci, on peut le dire, se produit en général par un mécanisme tout à fait inverse. La tumeur peut exercer une compression au niveau du col de la vessie ou du canal de l'urèthre et interdire complètement la miction. Si celle-ci reste possible dans certains cas, elle ne peut avoir lieu que par l'emploi de véritables artifices. C'est alors qu'on voit les malades prendre les positions les plus bizarres, la position genu-pectorale, le décubitus dorsal, le décubitus latéral, pour tâcher de soustraire leur col au corps fibreux qui se trouve naturellement ramené du côté de la vessie par son propre poids, et obtenir ainsi à grand peine une émission d'urine souvent en quantité insignifiante.

Encore ces faux-fuyants sont-ils seulement possibles lorsque le corps fibreux jouit d'une certaine mobilité dans la cavité pelvienne et qu'il peut être déplacé avec assez de facilité. Mais qu'il ait contracté quelques adhérences, ou bien qu'il soit enclavé dans le petit bassin, tous ces artifices seront vains.

La vessie ne pourra se vider qu'à l'aide de la sonde et au prix parfois de douleurs très vives et de grandes difficultés, car l'urèthre, écrasé contre le pubis et dont les rapports sont très notablement modifiés, admet avec peine le cathéter évacuateur (obs. III). Ces phénomènes de rétention d'urine sont parfois si accentués et si alarmants qu'ils ont nécessité une intervention chirurgicale réclamée à grands cris par la malade (1). (Voir obs. X.)

Dans ces cas de rétention d'urine produite par la compression du col au niveau de la tumeur, la vessie peut être considérablement dilatée (obs. VIII), remonter jusqu'à l'ombilic ; ce qui permet de comprendre combien elle pourrait être gênante au moment de la laparotomie, si on ne prenait soin de l'évacuer au préalable. Encore cette précaution est-elle parfois insuffisante en raison des adhérences que la vessie a pu contracter avec la tumeur et qui la fixent dans le champ opératoire (2). (Obs. XI.)

La rétention d'urine par elle-même et par les cathétérismes répétés qu'elle nécessite, prédispose la malade aux inflammations vésicales — cystite catarrhale, cystite purulente — et parfois à la formation d'un calcul phosphatique dans une des cellules de la vessie, ce qui constitue autant de complications qui ont été observées par les auteurs.

Il peut survenir même des accidents parfois bien plus

(1) Reverdin. Revue médicale de la Suisse Romande, p. 318, 15 juin 1884.

(2) Pozzi. Annales de Gynécologie. Juillet 1884.

compliqués. On a vu des cas (obs. I) où la pression exercée par la tumeur sur la vessie détermina l'usure de cette dernière et la production d'une fistule, qui, dans le cas de Lisfranc, était oblitérée par la tumeur comme par une véritable soupape.

Courty cite une observation de Louis, dans laquelle la paroi vagino-rectale était perforée.

Demarquay a communiqué à la Société de chirurgie, en 1859, une observation où un polype intra-utérin avait amené par son développement une pression considérable et plus tard une destruction partielle de la paroi antérieure de la matrice et des deux parois de la vessie. La malade mourut de péritonite (1).

D'ailleurs, le retentissement peut être encore plus considérable ; les uretères et l'appareil sécréteur lui-même peuvent être atteints à leur tour, ainsi que nous le verrons dans la suite.

Ces troubles vésicaux, pendant l'évolution des fibromes utérins, peuvent manquer entièrement et cela par exemple lorsque la tumeur est petite et placée à la face postérieure de l'utérus. Mais lorsqu'ils existent, ils persistent d'habitude en s'aggravant, à mesure que le myome grossit de plus en plus.

On a cependant vu, fait intéressant à noter, à un certain moment de l'évolution de la tumeur, ces troubles disparaître tout d'un coup, ou du moins être profondément atténués. Ceci pourrait s'expliquer de la manière suivante. Retenue dans l'excavation par

(1) Fourestier. Gazette médicale. 1875, p. 70.

le détroit supérieur, la tumeur, devenue plus volumineuse, et par conséquent trop à l'étroit, a franchi ce détroit et a pour ainsi dire fait hernie dans l'abdomen.

Cette idée, que nous émettons sans avoir d'observations pour l'appuyer, nous semble justifiée par la marche et l'évolution des corps fibreux. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, le retentissement des myomes sur les fonctions de la vessie a jusqu'ici été bien peu étudié.

Mais, si parfois ces troubles vésicaux peuvent disparaître ou du moins se montrer très atténués, ce n'est pas ce qui se passe d'ordinaire et le plus souvent ils ne font que s'accentuer. Sous l'influence de la stagnation de l'urine dans la vessie, les fibres musculaires du corps, longtemps surmenées, finissent par se paralyser et se laisser distendre. Le corps ne peut plus alors expulser l'urine, que du reste le col comprimé ne laisse plus passer ; les cathétérismes répétés sont de plus en plus nécessaires, l'urine se trouble, devient purulente, et l'analyse chimique y décèle la présence de substances (albumine, pus, globules rouges), dont l'apparition indique des lésions profondes du côté des reins.

Le diagnostic de ces lésions se fait de lui-même ; il suffit d'y songer. Il est surtout important (obs. VIII) (1) de ne point méconnaître la rétention et de ne pas oublier les difficultés qu'une vessie dilatée par l'urine peut présenter à l'opérateur pendant la laparotomie.

(1) Archives de Tocologie, 1875 ; Société anatomique, séance de Juillet 1875.

Si l'incontinence peut être considérée comme une simple incommodité, le pronostic de la rétention est bien autrement grave, non pas tant par elle-même que par les troubles qui en sont la conséquence. Les lésions rénales en effet ne font que contribuer à affaiblir un sujet déjà assez éprouvé par sa tumeur et à le rendre incapable de supporter l'opération, qui serait pourtant sa seule chance de salut.

Ces troubles urinaires peuvent parfois être passagers, je dirai même périodiques. Chez certaines femmes on les voit survenir seulement à chaque époque cataméniale et disparaître avec la cessation des règles. L'utérus et tous les organes génitaux étant à ce moment congestionnés et augmentés de volume, deviennent plus aptes à exercer de la compression et par conséquent à gêner le cours de l'urine (1).

Tous ces troubles de la miction survenant à la suite d'un corps fibreux de l'utérus, présentent au point de vue thérapeutique des indications variables.

Le seul traitement vraiment curatif est l'ablation du corps fibreux, qui en supprimant la cause détruit aussi ses effets.

Cependant dans bien des cas il faudra s'en tenir aux moyens palliatifs, et le traitement devra alors répondre à trois indications principales, qui sont :

1° Tenter d'arrêter ces phénomènes dans leur évolution en s'attaquant au corps fibreux, dont on détermine la rétrocession ou au moins dont on ralentit la marche.

(1) Voir Schwartz. Article Utérus. Dict. de Jaccoud.

L'ergotine a donné de bons effets. On peut aussi recourir à l'opération de Battey (ablation de l'ovaire et ligature des principaux vaisseaux de la tumeur).

Il est certain que non seulement la tumeur peut rester stationnaire grâce à ce traitement, mais elle peut rétrocéder, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il est encore un résultat bien plus avantageux et bien plus extraordinaire : la tumeur peut s'éliminer spontanément. Je me souvient d'une malade de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, traitée par notre excellent maître, le Dr Ledru, au moyen de l'ergotine, qui, après quelques douleurs semblables à celles du travail de la femme enceinte, accoucha pour ainsi dire de sa tumeur.

L'électricité a souvent donné de bons résultats (Apostoli (1), comme nous le voyons dans l'observation de Reverdin, de Genève. (Obs. I.)

2° La seconde indication est de maintenir la tumeur, de manière à l'empêcher de comprimer la vessie. Certains bandages, les ceintures hypogastriques, les redresseurs utérins, ont parfois donné de grands soulagements à la malade. (Obs. II.)

3° Veiller à l'écoulement de l'urine dans les cas de rétention. Faire le cathétérisme ou, à son défaut, la ponction vésicale chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Faire des lavages de la vessie, en cas de cystite, avec une solution antiseptique. Agir, en un mot, selon les indications.

(1) Académie de médecine de Paris, séance du 29 juillet 1884. Mémoire d'Apostoli sur un nouveau traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus.

CHAPITRE II.

Action du corps fibreux sur le rein et son conduit excréteur.

Troubles de la sécrétion urinaire.

I.

Pathogénie.

Si l'utérus est en rapport par sa face antérieure avec le réservoir urinaire, par sa face postérieure et surtout par ses parties latérales, il est en contact intime avec les uretères qui le contournent pour venir s'aboucher dans la vessie. Ces rapports anatomiques sont trop connus pour qu'il nous paraisse nécessaire d'y insister.

Depuis longtemps on avait été frappé des lésions des uretères et des reins à la suite des affections utérines, mais c'est surtout dans le cancer de l'utérus que ces altérations avaient été étudiées. De nombreux travaux ont été faits sur la question, et pour ne citer que les plus importants, nous ne ferons que rappeler les noms de

Rayer (1), Aran, Fournier, Charcot, Ebstein, Rosenstein, Ortille ; tout dernièrement encore, MM. Caron et Féré relatant 51 observations cancéreuses faites à la Salpêtrière, revenaient encore sur ce point. Lancereaux a consacré aussi ces derniers temps à l'étude des lésions anatomiques du rein dans le cancer de l'utérus, un intéressant et savant mémoire, publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (2).

Mais il n'en est point de même pour la question qui nous occupe, et bien que beaucoup d'auteurs aient été frappés des phénomènes d'anurie en particulier qui se produisent souvent après l'hystérectomie, aucun n'a fait des recherches sur les altérations des reins dans les cas de tumeurs fibreuses, recherches si naturellement indiquées cependant, et si nécessaires, étant données les idées aujourd'hui classiques grâce au professeur Verneuil, et l'importance toute particulière de l'état des reins au point de vue de la résistance chirurgicale des opérées.

(1) Rayer. Traité des maladies des reins.
Aran. Gazette des hôpitaux, 1860. Leçons recueillies par M. Siredey.
Fournier. Thèse d'agrégation, 1863.
Charcot. Société anatomique, 1874.
Ebstein. Hydronéphrose dan Zvevassen.
Ortille. De l'urémie dans le cancer de l'utérus. Acad. de médecine. Septembre 1880.
Féré et Caron. Progrès médical, 1883.

(2) Lancereaux. Néphrite consécutive à l'épithélioma utérin. (Annales des maladies des organes génito-urinaires. Juillet 1884, p. 417.)

Ayant eu la chance de voir dans le service du Dr Polaillon une malade à qui il fit l'opération de l'hystérectomie, opération qui se compliqua d'anurie suivie bientôt de mort, nous avions été vivement frappé de ce fait. Nous nous demandions quelle était la cause de ces phénomènes, et (rapprochant ce cas des faits signalés par le professeur Verneuil) s'il n'y avait point là quelque lésion rénale à invoquer pour expliquer l'issue fatale d'une opération parfaitement conduite.

Notre ami Paul Berthod, interne du service, qui voyait chaque jour la malade dont il prenait soigneusement l'observation (observation que nous publions *in extenso* un peu plus loin), ayant eu l'occasion de faire l'autopsie, a bien voulu nous communiquer les résultats de l'examen nécroscopique, Cette autopsie confirma nos hypothèses, et nous songeâmes alors à prendre ce fait comme sujet de notre thèse inaugurale.

Que les uretères soient comprimés avant leur embouchure dans la vessie, ou bien que celle-ci surdistendue se refuse à admettre l'urine qu'ils lui amènent, le résultat final est le même. L'urine, continuant à être sécrétée par le rein et trouvant un obstacle invincible à s'écouler au dehors, s'accumule en amont de cet obstacle et force l'uretère qu'elle dilate (un centimètre de diamètre dans l'observation de la malade du Dr Polaillon).

C'est en vain que les parois de celui-ci s'épaississent, la dilatation s'accentue en même temps que les parois uretériennes prennent un aspect aréolaire. (Obs. IX.)

Grâce à cette disposition et aux dépôts salins qui se forment dans ces cellules ainsi constituées, grâce aussi

à la production d'un bouchon muqueux survenant par irritation et inflammation catarrhale du conduit, il se produit une oblitération complète de l'uretère, un kyste, une hydronéphrose pouvant même contenir du pus (obs. de Pozzi) et capable de traverser toutes les phases de l'évolution de cette maladie.

D'autre part, l'urine stagnante agit aussi sur le rein, ainsi que l'ont démontré les expériences de ligature des uretères (1). Les mêmes phénomènes se produisent dans le cas qui nous occupe avec cette différence que dans le cas actuel l'occlusion ne se produit pas subitement, la ligature est véritablement graduelle et progressive.

Toujours est-il que les tubes rénaux encombrés se laissent distendre et bientôt se produit tout autour d'eux une inflammation qui aboutit à la sclérose (rein rétracté et dur). Malgré ce processus les tubes rénaux trop faibles se distendent de plus en plus et finissent par se rompre. L'urine se répand dans le tissu rénal et y forme de véritables kystes (rein kystique).

L'élimination insuffisante de l'urée détermine son accumulation dans le sang, et, par suite, des accidents urémiques et une déchéance organique propre à favoriser la suppuration, suppuration qui se produit dans le rein lui-même sous forme d'abcès miliaires (rein chirurgical), ou au contraire et plus rarement de collections purulentes plus considérables (abcès du rein) ; et c'est ainsi que se trouvent constitués en dernière analyse les symptômes propres à l'insuffisance rénale.

(1) Thèse de Merklen, 1880. De l'anurie.

Ces diverses lésions se trouvent toutes signalées dans nos observations. Il est aussi à noter que, sauf le cas où la tumeur agit sur la vessie, les lésions sont généralement unilatérales. Un seul uretère est compromis et par suite un seul rein affecté, tandis que l'autre, relativement sain, quoique d'ordinaire hypertrophié, s'efforce de suppléer son congénère.

L'équilibre peut se rétablir, ce qui permet à la malade une survie assez considérable.

Ces troubles existant dans un seul uretère différencient nettement les lésions secondaires des reins, produites par les tumeurs fibreuses, des lésions véritablement primitives de ces organes qui sont, ainsi qu'on le sait, ordinairement bilatérales et je dirais *volontiers symétriques*.

II.

Symptomatologie.

Toutes ces lésions que nous venons de décrire ayant pour aboutissant l'altération du tissu rénal, c'est donc en somme en phénomènes d'insuffisance rénale que se résumera la symptomatologie de ces accidents.

Ces symptômes sont le plus souvent des phénomènes d'urémie lente, se manifestant soit par des vomissements (urémie gastrique), soit de la diarrhée (urémie intestinale), ainsi que nous le voyons noté dans l'observation de Hanot. Tous ces phénomènes sont trop connus pour qu'il soit besoin d'y insister. Parfois c'est du délire, des convulsions, comme nous avons pu le voir chez une malade de l'hôpital Laennec, dans le service du Dr Nicaise; d'autrefois des signes respiratoires (respiration de Cheyne-Stokes), qui attireront l'attention du médecin.

Plus ordinairement on voit cette urémie se manifester en même temps par du délire, de la céphalalgie et ces vomissements sans efforts particuliers aux affections cérébrales. Ces accidents sont connus depuis longtemps et nous ne nous y arrêterons pas plus longuement, nous ne faisons que les rappeler ici.

Mais à côté d'eux il en est d'autres qui nous paraissent en corrélation directe avec les lésions rénales.

Qu'il nous soit permis de faire ici une petite remarque sur les hémorrhagies survenant dans le cours de la maladie qui nous occupe.

Déjà, depuis longtemps, le professeur Verneuil a attiré l'attention sur les hémorrhagies qui fréquemment se produisent chez les individus dont les viscères sont altérés (foie, rein, etc.). N'y aurait-il pas là une cause prédisposante à ces hémorrhagies qui se trouvent relatées dans toutes nos observations? Il est certain que par elle-même la tumeur fibreuse s'accompagne d'hémorrhagies utérines considérables, qui sont parfois (obs. XII) une indication formelle à l'opération ; mais nous croyons pour notre part que cet état véritablement hémophilique, pour employer le mot seulement dans son sens étymologique, est en connexion étroite avec l'état des reins.

Cette remarque pourra sembler bien osée étant donné le petit nombre de nos observations, néanmoins nous nous sommes cru autorisé à la faire.

Au point de vue des symptômes fonctionnels, on le voit, la symptomatologie des lésions rénales coïncidant avec un corps fibreux est assez pauvre. Trouverons-nous, d'autre part, des symptômes objectifs plus concluants? L'urine en particulier pourra-t-elle fournir de précieux renseignements? Nos observations sont très peu concluantes sur ce point, d'autant mieux que l'analyse complète des urines ne se trouve faite dans aucun des cas que nous relatons. Notre excellent ami Berthod nous a dit avoir noté, au sujet de la malade dont nous publions

l'observation (obs. XII), une notable diminution de la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures, durant les jours qui précédèrent l'opération. Malheureusement la quantité d'urine n'a pas été notée exactement; il en est de même pour l'observation de M. le Dr Pozzi. Chez une malade encore en traitement à l'hôpital Laennec, l'urine a souvent été beaucoup diminuée, et cette diminution a coïncidé à plusieurs reprises avec des accidents urémiques. Dans le cas de M. Budin, on avait pu méconnaître une rétention d'urine, car l'excrétion continuait à se faire. On le voit donc, à cet égard rien de bien concluant au point de vue symptomatique.

La constitution de l'urine, au défaut de sa quantité, est-elle modifiée de façon à permettre d'affirmer un diagnostic. On sait avec quelle persistance il faut souvent rechercher l'albumine dans les urines pour arriver à la dépister dans les cas de néphrites interstitielles que l'autopsie révèle souvent des plus nettes, et M. le professeur Verneuil, au point de vue chirurgical, insiste beaucoup sur ce point, et de fait son opinion coïncide parfaitement avec le resultat de nos observations, où sur 5 cas, une fois seulement (obs. V) la malade fut reconnue nettement albuminurique.

Dans tous les autres cas, et en particulier dans notre observation (obs. XII), où l'analyse qualitative fut faite et répétée ainsi que nous le pûmes constater nous-même presque journellement, la recherche de l'albumine par l'acide nitrique, le réactif acéto-picrique et la chaleur fut toujours négative.

Dans aucun cas nous n'avons trouvé la moindre trace de sucre.

Jamais l'examen microscopique ne nous a démontré la présence des cylindres.

L'urée et les matières extractives n'ont pas été analysées et il est probable que cette recherche ne fournirait pas grand enseignement, car on sait que leur élimination se trouve déjà singulièrement modifiée rien que par le fait d'une lésion qui, aussi profondément que le corps fibreux, retentit sur l'organisme tout entier, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la lésion rénale pour expliquer ces phénomènes.

Peut-être y aurait-il lieu d'examiner aussi l'urine au point de vue des peptones qu'elle peut contenir. De récentes expériences, en effet, ont montré que la peptonurie pouvait fournir, dans certains cas, de précieuses indications au point de vue des lésions anatomiques profondes et particulièrement dans les cas de foyers purulents intra-abdominaux. (V. Noury, thèse de Paris, 1884, De la peptonurie.)

On le voit donc, il n'existe souvent, au moment de l'évolution, aucun signe qui permette d'affirmer les lésions rénales, et ce sont les phénomènes d'urémie chronique qui devront y faire songer. L'examen des urines sera négatif d'ordinaire et la présence de l'albumine, tout en étant très rare ne pouvait être considérée, comme pathognomonique, car on sait que les sujets profondément anémiques, et c'est souvent le cas dans les tumeurs fibreuses, peuvent rendre de l'albumine dans l'urine; d'autre part, rien que la compression des vaisseaux ré-

naux par une tumeur peut occasionner de l'albuminurie (1).

L'hydronéphrose quand elle existe et acquiert des dimensions considérables (obs. de M. Pozzi) se reconnaîtra facilement et sera un précieux symptôme. Mais, outre que son existence peut être méconnue (obs. de Olshausen (2), elle a pu donner le change et faire croire à un kyste de l'ovaire.

L'organisme, on le voit, reste donc dans un état d'équilibre, équilibre très instable ainsi que le fait constater la moindre opération — ponction de la vessie (obs. de Budin) — et à plus forte raison une opération telle que l'hystérotomie.

Des accidents urémiques vont se développer d'une façon suraiguë (obs. de Hubert), ou bien ces phénomènes vont prendre une forme insidieuse qui n'en sera pas moins fatale, même à bref délai. C'est ainsi qu'il y aura oligurie, fait déjà remarqué par beaucoup de gynécologistes, oligurie due peut-être pour une part au trauma opératoire, car on sait, et M. le professeur Verneuil insiste sur ce point, que souvent les grands chocs traumatiques ou opératoires retentissent sur l'appareil rénal (V. Nepveu. Mémoires de chirurgie, 1870); oligurie

(1) Bien plus rare que dans le cancer. Sur 23 observations de néphrite consécutive à l'épithélioma Lancereaux a observé 12 cas d'albuminurie. Dans plusieurs cas l'albumine n'a pas été recherchée. Ann. des mal. des org. génitaux urinaires. Juillet 1884, p. 417.

(2) Olshausen. Zur Myomotomie und Amput. ut. supravag. Deutsch. Zeistch. f. Chir. T. XVI, p. 175, obs. II.

qui peut devenir une véritable anurie lorsque, comme dans notre observation XII, la quantité d'urine rendue n'est plus que de quelques gouttes. Mais, fait important à noter, l'urine, même à ce moment, peut ne pas contenir d'albumine.

Pour nous enfin, il est certain que la péritonite, notée dans un cas (obs. XII), la phlébite utérine, notée dans une autre (obs. de Budin), peuvent être attribuées à une cause générale, et vraisemblablement à l'insuffisance rénale. Ces assertions se trouvent au reste concorder avec les opinions de beaucoup d'auteurs.

III.

DIAGNOSTIC.

Maintenant que nous savons quels sont les troubles survenant du côté de l'uretère et des reins, chez les femmes atteintes de fibrome utérin, à quoi pourra-t-on les reconnaître ?

Pour ce qui est des lésions uretériennes et en particulier lorsqu'il y a hydronéphrose, le diagnostic est d'ordinaire facile. Tumeur développée dans la région rénale, fluctuante, arrondie, contenant un liquide riche en urée, tels en sont les caractères. Cette tumeur ne suit pas les mouvements du diaphragme et peut être connue à la palpation du rein auquel elle adhère. Il n'en est pas moins vrai que la confusion a pu être faite plusieurs fois avec une tumeur ovarienne (1), comme dans l'observation du docteur Pozzi, ou même que l'hydronéphrose a pu être complètement méconnue (Olshausen) (2).

Si l'uretère est enflammé, qu'il y ait suppuration, l'examen de l'urine au microscope, en faisant reconnaître

(1) Article Rein du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. T. XXXI, p. 23.

(2) Olshausen. Zur Myomotomie und Amput. ut. supravag. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. T. XVI, p. 175, obs. II.

la présence du pus intimement mélangé à l'urine, pourrait à la rigueur fournir de précieux indices.

A la lésion de l'uretère succède la lésion rénale, lésion capitale et qui doit être recherchée avec d'autant plus de soin qu'elle se cache davantage. Maintes fois déjà nous avons pris soin d'insister sur la difficulté qu'on rencontre à dépister les troubles du côté des reins. Ce n'est que par l'observation la plus attentive et longtemps soutenue, par l'analyse et le dosage journellement faits des urines, qu'on pourra atteindre ce but. On devra soupçonner des troubles rénaux lorsque se montreront ces phénomènes d'urémie lente dont nous avons parlé, et nous dirions volontiers y toujours penser dans les cas de myômes enclavés dans le petit bassin ou d'énormes tumeurs abdominales : il y a intérêt à les reconnaître, non seulement au point de vue de l'affection en elle-même, mais surtout au point de vue de l'opération.

Ces accidents peuvent passer complètement inaperçus malgré de nombreuses recherches ; aussi toutes les fois qu'on a constaté la présence d'un corps fibreux interstitiel et qu'on ne trouve pas de quoi expliquer un état général faisant présager une terminaison prochaine et fatale, on doit songer à des lésions rénales.

IV.

MARCHE ET DURÉE DE LA MALADIE.

Les troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus ont une marche tout à fait insidieuse, ainsi que nous avons déjà pris soin de le laisser entendre. Ces troubles peuvent rester pour ainsi dire à l'état latent et les accidents urémiques n'éclater que lorsque le chirurgien intervient, parfois pour la plus légère opération, ponction de la vessie par exemple (observ. de Budin).

Dès qu'ils se sont manifestés, leur cause productrice continuant à agir, ils évoluent lentement et toujours d'une manière progressive, à moins que l'agent de la compression ne cesse de faire obstacle au cours de l'urine ; soit par le déplacement de la tumeur, soit par son extirpation, l'hystérotomie. La malade atteinte d'urémie lente dépérit de jour en jour, son organisme devient de plus en plus incapable de supporter la moindre lésion traumatique.

La durée de la maladie est très variable, mais, on peut le dire d'une façon générale, ordinairement longue ; beaucoup moins longue pourtant que lorsque le fibrome n'est pas compliqué de lésions rénales.

V.

PRONOSTIC.

Le pronostic est des plus sérieux. L'organisme, déjà profondément troublé par l'évolution de la tumeur utérine, se trouve, par le fait de la lésion rénale surajoutée, plongé dans un état de déchéance des plus graves. Qu'il survienne, au cours de l'affection, le moindre incident, traumatisme accidentel ou chirurgical, l'équilibre artificiel, qui n'est maintenu qu'à grand'peine, va se rompre, et la maladie évoluer rapidement sur la pente fatale qui conduit infailliblement à la mort.

VI.

TRAITEMENT.

Nous savons, d'une part, depuis les beaux travaux du professeur Verneuil, de quel poids doit être pour le chirurgien la constitution générale de son malade. Sans rappeler toutes les publications de ce savant maître ou de ses élèves (1), on est en droit de dire à l'heure actuelle qu'entre deux opérés, l'un dont les viscères sont sains, l'autre dont le foie ou les reins sont malades, il est, au point de vue des indications et du pronostic de l'opération, des différences considérables ; et, dans le dernier cas, les suites seront d'autant plus terribles que le choc opératoire aura été plus grave.

D'autre part, nous avons vu que les lésions rénales survenant durant l'évolution d'une tumeur fibreuse s'aggravaient de jour en jour. Il est facile de comprendre dès lors qu'il faut agir sans retard, dès que le diagnostic de fibrome aura été confirmé ; n'étant jamais sûrs que les troubles rénaux ne vont pas bientôt éclater, le plus tôt serait le meilleur, surtout lorsque la tumeur est en-

(1) Voir Nepveu. Mémoires de Chirurgie, 1870.
Verneuil. Etats constitutionnels. Communications diverses à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine.

clavée dans le petit bassin, ou bien qu'elle est dans l'abdomen, mais volumineuse. Quelle est donc la marche à suivre en pareille circonstance ?

Laissant de côté les cas exceptionnels, heureusement, où les troubles restent à l'état latent, cas dont les suites ne peuvent être prévues et dont il faut cependant tenir grand compte pour le pronostic, nous croyons qu'il est nécessaire de considérer deux catégories de faits :

1° L'état général n'est point trop mauvais, la malade, du fait de son hystérome, n'est point trop affaiblie ;

2° La déchéance organique est confirmée.

Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale nous paraît indiquée. Il est bien entendu que nous ne nous plaçons qu'au point de vue général, sans faire entrer en ligne de compte les indications qui peuvent résulter de la tumeur elle-même et de ses connexions anatomiques. L'intervention est indiquée, que ce soit l'hystérotomie, l'hystérectomie, l'opération de Battey, la ligature des vaisseaux des ligaments larges.

Dans les cas où la déchéance organique est confirmée, la conduite à suivre est bien différente. Ici, le sujet est, par le fait de sa lésion rénale, dans de très mauvaises conditions opératoires. Nous avons vu une fois (obs. de Pozzi) l'intervention donner les meilleurs résultats ; néanmoins, si on compare cet exemple à ceux de nos autres observations, on nous permettra de faire à ce propos les plus grandes réserves ; malgré les progrès

considérables faits par la chirurgie dans l'art de guérir, grâce à l'emploi des nouvelles méthodes, nous croyons que l'intervention est très dangereuse.

Il faudra instituer alors un traitement purement médical ; agir sur la tumeur au moyen de l'ergotine ou de l'électricité ; combattre les troubles urémiques par le traitement de chacun de leurs symptômes ; faciliter autant que possible l'élimination des principes de l'urine, soit par l'intestin, soit par les glandes sudoripares ; en un mot, agir selon les indications.

OBSERVATIONS.

Observation I (Lisfranc).

J'ai vu, dit ce chirurgien, un cas dans lequel la cloison vésico-vaginale a été perforée par une ulcération qui a permis à une tumeur fibreuse, descendue dans le canal utéro-vulvaire, de pénétrer dans la vessie. L'ouverture qui avait donné passage à cette tumeur s'était peut-être rétrécie, ou bien le polype hernié avait augmenté de grosseur dans le réservoir des urines, de telle sorte qu'il était impossible de le réduire. La malade mourut le lendemain du jour où je la vis pour la première fois.

Autopsie. — Pédicule implanté sur la face postérieure de la cavité du col, à un centimètre environ de profondeur. Il s'engage à travers l'ouverture pratiquée sur la cloison vésico-vaginale ; le polype situé dans la vessie est du volume du poing (1).

Observation II (résumée) (2).

Femme, 50 ans, atteinte depuis huit mois de chute de l'utérus.

(1) Cité thèse de Milliot, 1875, p. 32.

(1) Dr G. Pepper. Pensylvanie. Hospital Reports, 1865, vol. I.

Après effort violent, rétroversion complète.

Consécutivement, rétention absolue des matières fécales et de l'urine.

Anorexie, nausées fréquentes, vomissement, affaiblissement rapide ; cathétérisme.

Examen. — Myôme occupant toute la face postérieure de l'utérus.

Tumeur repoussée hors du petit bassin par des pressions exercées dans le rectum et le vagin. L'utérus est immobilisé par des pessaires enlevés au bout de dix-huit jours. La tumeur n'a plus de tendance à se renverser en arrière ni à se déplacer par le bas.

Observation III.

Une malade entra à l'hôpital d'Alger en présentant un état fébrile intense, qui, joint à quelques autres symptômes, avait fait porter par un médecin de la ville le diagnostic de fièvre typhoïde. La malade avait en effet le ventre ballonné, et après une certaine période de constipation, elle avait présenté de la diarrhée. Il fut facile, à l'hôpital, de reconnaître que la tuméfaction du ventre était due à la rétention d'urine. La malade urinait seulement par regorgement. L'introduction de la sonde ayant présenté quelque difficulté, le toucher vaginal permit de reconnaître que le col utérin porté en haut et en avant était venu s'appliquer à la face postérieure de la symphyse pubienne, et qu'il existait à la paroi postérieure de l'utérus un fibrome assez volumineux. Cette tumeur

avait déterminé une rétroversion utérine, cause de tous les accidents (1).

On put constater à l'autopsie que la cavité vésicale avait considérablement augmenté, que ses parois étaient très épaissies et que la muqueuse vésicale présentait quelques traces d'inflammation. Les reins et les uretères ne présentaient rien de particulier. Tous les autres organes étaient sains (2).

Observation IV (3).

Une femme se présenta à l'auteur, ayant le bassin presque entièrement occupé par une tumeur solide, de telle sorte que l'orifice utérin était abaissé et la miction impossible sans le cathétérisme. Peu de jours après, il fut appelé auprès d'elle, et passa une sonde en gomme élastique dans toute sa longueur, mais il n'obtint pas d'urine, quoique la malade souffrît des symptômes d'une rétention d'urine ; son état s'aggrava rapidement et elle mourut.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une vaste tumeur qui avait déplacé les intestins et s'étendait en haut jusqu'à l'ombilic et latéralement jusqu'aux fosses iliaques. Le corps de la tumeur était situé du côté gauche et avait complètement englobé l'utérus, qui cependant se

(1) Sevastopulo. Thèse de Paris, 1875. Des Hystéromes.
(2) Fourestié. Gazette médicale, 1875, p. 70.
(3) Murphy. Journal of Medecine London.

trouvait repoussé à droite, ainsi que l'ovaire droit. La vessie était contractée et vide, mais les uretères, comprimés par la tumeur, étaient énormément distendus et tortueux ; les reins étaient augmentés de volume et à une période avancée de la maladie de Bright. La tumeur fibreuse occupait toute la partie postérieure de l'utérus ; le col était éloigné de quelques pouces de la face antérieure de la tumeur et suspendu sur elle. L'utérus avait été chassé hors du bassin par le développement de la tumeur, dont une petite portion centrale était plus ramollie et plus friable que le reste.

Observation V (1).

Corps fibreux interstitiel pris pendant la vie pour un polype sous-muqueux.

Il s'agit d'une femme du service de M. Dolbeau, qui, déjà albuminurique depuis quelque temps, fut prise, il y a deux mois, de métrorrhagie fort abondante. On avait constaté facilement la présence d'une grosse tumeur utérine, qui débordait notablement le pubis. Le toucher vaginal avait fait sentir une masse saillante, qui paraissait proéminer de l'intérieur de la cavité utérine. On essaya d'énucléer ce polype, mais sans y parvenir.

La malade mourut deux jours après, au milieu de

(1) Extrait des Bulletins de la Société anatomique de Paris, année 1873, 5e série. T. VIII, p. 876, n° 41.

symptômes cérébraux, qui peut-être étaient en relation avec les lésions rénales trouvées à l'autopsie.

Indépendamment des désordres causés par une maladie de Bright confirmée, on constata qu'il s'agissait d'un volumineux myôme interstitiel qui avait poussé un prolongement entre les fibres de la lèvre postérieure du col de l'utérus, ce qui donnait lieu à l'illusion du toucher.

Observation VI (1).

Myôme utérin avec nerfs et sinus veineux considérables.
Urémie avec abaissement de la température.

Veldem...., âgée de 40 ans, est entrée le 6 février 1873 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 23 (service de M. Bucquoy).

Cette femme avait toujours eu une bonne santé jusqu'à son dernier accouchement. Elle avait eu cinq enfants; cinq accouchements laborieux. Les enfants succombèrent pendant le travail ou presque immédiatement après. Elle accoucha pour la dernière fois il y a cinq mois. A partir de ce moment, elle perdit abondamment chaque mois et même dans l'intervalle des règles; en même temps elle s'aperçut que son ventre était dur et tuméfié.

Les hémorrhagies devinrent plus fréquentes et plus abondantes.

(1) Extrait des Bulletins de la Société anatomique de Paris, année 1873, 5e série. T. VIII, p. 181, n° 43.

3 février. Une nouvelle perte prit les proportions les plus considérables, et, quoi qu'on fit, ne céda pas.

On conduisit la malade à l'hôpital, où l'on pratiqua immédiatement le tamponnement du vagin.

V... est exsangue, abattue; la peau a une teinte cireuse; les muqueuses sont absolument décolorées; le pouls est presque imperceptible.

Le 7. Pas d'écoulement de sang par le vagin. Même état général que la veille. T., 39,6; P., 120; R., 28. Soir : T., 40°; P., 124; R., 28. Potion de Todd. Perchlorure de fer, vin, bouillon.

Le 8. Même état. La malade n'a pas dormi. T., 40,4; P., 126; R., 28. Soir : T., 41,4; P., 144; R., 20. L'affaissement augmente; quelques vomissements. Même traitement.

Le 9. Le tamponnement a été enlevé hier soir; pas d'écoulement de sang. La malade a bien dormi et n'accuse aucune douleur. T., 38,4; P., 108; R., 28. La malade a eu des frissons toute la journée et des vomissements. Soir : T., 38,4; P., 112; R., 38.

Le 10. Nuit sans sommeil; la malade ne prend que la potion de Todd et un peu de bouillon. T., 39°; P., 112; R., 28. Soir : T., 38; P., 120; R., 24.

Le 11. Même état général alarmant; pas d'albumine dans les urines. La malade boit et urine abondamment (urine pâle). T., 38°; P., 112; R., 24. Soir : T., 39,2.

Le 12. Même état; mêmes caractères de l'urine. T., 38,2; P. 128; R., 24. Respirations toujours profondes; pouls toujours très petit. Vers 1 heure de l'après-midi, nouvelle perte, mais peu abondante. A 3 heures

de l'après-midi : T., 38,8; P., 124; R., 28. Le soir, nous trouvons la malade poussant des plaintes continuelles et cependant elle dit ne souffrir nulle part.

Le 13. V... est encore plus pâle, plus abattue; mêmes caractères de l'urine. La langue est humide comme elle l'a toujours été. Le tégument donne au toucher la sensation de chaleur qu'il a toujours donnée. La malade a vomi toute la nuit; pas de diarrhée. T., 38,8; P., 104; R., 24. La malade est prise à chaque instant de crises nerveuses assez singulières; tout à coup elle se met à crier : « Maman! maman ! je vais mourir! » à grincer des dents, à agiter ses bras comme une femme énervée. Quant à ce moment on lui demande si elle souffre, elle répond que non, si ce n'est un peu dans les talons. A chaque instant il semble qu'elle va tomber en syncope. La peau est froide. Soir : T., 38,2; P., 98; R., 24.

Le 14. Même état; toute la nuit la malade a vomi ; elle ne peut rien garder dans son estomac. Mêmes crises nerveuses que la veille; pas d'albumine dans l'urine. Depuis le 12, la malade ne perd plus. On continue la potion de Todd. T., 38,1; P., 128; R., 28. Soir, même état. T., 37°; P., 116; R., 24.

Le 15. Nuit agitée des mêmes crises nerveuses. Vomissements. Pas de diarrhée; plutôt constipation. T., 38,8; P., 108; R., 16; peau froide. Soir : T., 35,2; P., 104; R., 16; le ventre n'a jamais été douloureux à la pression.

Le 16. Même état. T., 34°; P., 104; R., 12. Vers midi, agitation extrême; la malade se débat, se plaint sans

cesse; la respiration s'embarrasse de plus en plus. Mort vers 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Encéphale et poumons à l'état sain, mais notablement anémiés. Foie graisseux. Rate normale.

Tumeur utérine à peu près sphérique de 12 cent. de diamètre, d'aspect rosé, parfaitement lisse à sa surface. Elle est fortement adhérente au segment gauche du bassin, point du tout adhérente à droite.

Le *vagin* est déjeté à droite, contourne tout le bord droit de la tumeur et rejoint ainsi le col utérin qu'on trouve à droite de la portion de la tumeur la plus éloignée du pubis. Le vagin, dans cette étendue, était comprimé entre la tumeur et les parties osseuses correspondantes du pubis ; sur la paroi du canal accolée à la tumeur, est une ulcération circulaire de 3 mill. de diamètre, qui conduit dans un de ces sinus veineux que nous décrirons dans la tumeur.

La *vessie* est aussi déviée à droite ; l'uretère gauche, pour la rejoindre, s'accole en y adhérant intimement à toute la portion gauche de la tumeur sur laquelle il forme comme un canal creusé à sa périphérie ; les deux uretères comprimés par la tumeur ont un diamètre environ quatre fois plus grand qu'à l'ordinaire et leurs parois ont triplé d'épaisseur. L'uretère gauche, ayant son embouchure dans le bassinet sur une étendue de 3 mill., présente sur sa face interne des sortes de valvules conniventes, limitant entre elles des culs-de-sac plus au moins saillants en dehors : il est impossible de faire pénétrer directement un stylet dans la cavité du

bassinet. La substance des deux reins est criblée d'une multitude de petits abcès.

La *tumeur* du petit bassin représente assez exactement, à première vue, un utérus gravide. A son extrémité supérieure et postérieure, se dessine nettement un fond utérin de 8 cent. de large, et à chaque angle duquel est annexé un ovaire normal. Le reste des ligaments larges a disparu presque complètement dans le développement de la tumeur; les veines qu'on y trouve sont sinueuses, notablement dilatées.

Quand on pratique une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on la voit constituée par un tissu blanchâtre, très résistant, creusée d'un nombre assez considérable d'aréoles de volume différent et remplis d'un tissus gélatineux.

Il y a, à sa périphérie, une sorte de coque de 1 à 2 cent. d'épaisseur, qui est assez nettement séparée du reste par un certain nombre de travées ayant la même apparence que le tissu de la tumeur entière. On peut, déchirant ces travées, énucléer assez régulièrement une tumeur interne; la séparation ne peut se faire en bas et en arrière, la tumeur semblant confondue beaucoup plus intimement avec la portion antérieure de la paroi postérieure de l'utérus. La couche périphérique présente tous les caractères d'une paroi utérine très développée.

A la périphérie de la portion énucléable, dans la partie correspondante au fond utérin, est une tumeur du volume d'une pomme d'api, noirâtre, remplie d'un caillot. De cette tumeur, rayonnent dans tous les sens de gros sinus veineux de 6 à 8 mill. de diamètre, et dont la

paroi est constituée par une gaine fibreuse très épaisse. Ils sillonnent ainsi le pourtour de la masse énucléée, présentant çà et là des culs-de-sac du volume et de la forme d'un haricot, et vont, diminuant de volume, se perdre dans la tumeur, où, bientôt, on ne peut les suivre à l'œil nu.

Sur le plan immédiatement supérieur au plan du sinus, c'est-à-dire dans le tissus de la face interne de la coque, on trouve par la dissection, confondus dans ce tissu, des filaments nerveux par groupes de deux à trois, qu'on peut suivre dans une étendue de 6 à 12 cent., et qui, à leurs extrémités, vont se perdre dans le tissu de la coque. Ces nerfs ont environ le volume des nerfs du plexus cervical superficiel et, à la périphérie de ces faisceaux, on rencontre comme une gaine de tissu fibreux. Ces nerfs, examinés au microscope, comprennent une gaine de Schwann, un cylindre de myoline et un cylindre axe. Ils semblent suivre parallèlement les sinus veineux.

Dans la même direction que les sinus et les nerfs et dans leur plus proche voisinage, on rencontre aussi des bandes lisses, fibreuses, aplaties, de 4 à 6 mill. de large, plus ou moins allongées et se perdant aussi dans la coque du tissu de fibres lisses qui enveloppe la masse interne. La tumeur est presque exclusivement constituée par des fibres lisses disposées par faisceaux qui s'entrecroisent dans tous les sens ; il en est qui ont jusqu'à quatre fois la longueur ordinaire et qui sont contournées en spirale.

Observation VII (1).

Myôme utérin interstitiel.

Mme veuve X..., âgée de 43 ans, entre dans le service le 13 octobre 1874, Cette malade, d'une petite taille, a eu trois enfants; le premier et le dernier accouchement ont nécessité l'application du forceps; elle a toujours été bien réglée.

La malade nous raconte que depuis ses dernières couches, qui ont eu lieu il y a dix ans, son ventre a toujours été très gros; mais pendant ces dix dernières années sa santé a toujours été excellente; elle n'accuse aucune douleur, jamais de métrorrhagie ni de ménorrhagie.

Depuis le mois de janvier dernier, elle a remarqué que son ventre augmentait de volume et que son hypogastre devenait plus lourd; cependant, il ne s'en est pas suivi une gêne assez considérable pour qu'elle interrompit ses occupations et demandât les soins de la médecine; la miction et la défécation s'accomplissaient régulièrement.

Le 20 septembre dernier, époque à laquelle elle attendait ses règles, elle n'a ressenti aucune douleur, et ce n'est que le 5 octobre que ses règles ont apparu, ni plus ni moins abondantes que par le passé. Cependant, la veille de leur apparition, elle fut prise d'un violent fris-

(1) Observation de M. Fourestié.

son, avec tendance syncopale, défaillance, sueurs froides, tremblements, etc.

C'est à cette époque seulement, c'est-à-dire à huit jours environ, que remontent les accidents qui ont decidé la malade à entrer à la Maison de santé. Depuis lors. en effet, elle n'a pas eu de garde-robes, bien qu'on lui ait donné plusieurs lavements; il est survenu de l'incontinence d'urine et le ventre a pris des proportions assez considérables pour gêner la respiration. L'état général est encore satisfaisant, bien que la malade ait un peu de fièvre, pas d'appétit ni de sommeil; elle n'a pas vomi, mais à plusieurs reprises elle a eu des nausées.

La palpation abdominale fait découvrir sur la ligne médiane une tumeur volumineuse, peu mobile, donnant la sensation d'un corps dur au-dessus de l'arcade pubienne; on ne retrouve plus cette sensation sur les parties supérieures de la tumeur. On constate un météorisme considérable sur les parties latérales et au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur paraît lisse sur toute sa périphérie autant que permet d'en juger une exploration rendue difficile par le météorisme abdominal. Le toucher vaginal nous apprend que l'utérus est abaissé, qu'il est complètement immobile, que le col n'est pas ramolli; autour de l'ouverture du col, on trouve plusieurs tumeurs sessiles faisant bourrelet; si l'on cherche à faire mouvoir la tumeur, le doigt explorateur ne perçoit aucun mouvement utérin. Par le toucher rectal on constate que la tumeur n'exerce sur le rectum qu'une pression modérée, car on peut la soulever facilement; on constate en outre que sa partie postérieure est lisse et donne une certaine

sensation de mollesse. Il existe sur la paroi postérieure du vagin un rectocèle gros comme une noix.

On prescrit un lavement purgatif et on recommande de le porter le plus haut possible à l'aide d'une bougie canule; mais elle ne peut pénétrer au delà de 10 centimètres et le lavement n'amène aucun résultat.

Par le cathétérisme de la vessie, on ne retire que 150 à 200 grammes d'urine, de sorte que le volume de la tumeur hypogastrique n'est pas sensiblement diminué. Les urines sont claires et limpides et ne contiennent pas d'albumine.

Le 14. Nuit très mauvaise. On prescrit 40 gr. d'huile de ricin.

Le soir la purgation n'a produit aucun effet; le metéorisme a augmenté; les parois de l'abdomen sont très tendues, la malade est très oppressée ; elle a des nausées continuelles, mais pas de vomissements.

Nouveau cathétérisme, très peu d'urine.

Le 16. La dyspnée devient inquiétante. M. Delens, suppléant de M. Demarquay dans le service de chirurgie, pratique deux ponctions intestinales, l'une à droite avec un trocart capillaire, l'autre à gauche avec un trocart plus gros : cette dernière ponction donne issue à une petite quantité de matières fécales. Bien qu'on n'ait pu retirer autant de gaz qu'on aurait voulu, la malade se trouve soulagée et les parois abdominales sont plus souples. On prescrit une potion huileuse émulsionnée.

Le 17. La malade a rendu des matières liquides en abondance : il y a une sorte de débâcle; elle a également vomi un plein vase de matières ayant l'aspect stercoral,

mais sans odeur caractéristique. On compte 96 pulsations.

Les jours suivants elle laisse échapper ses matières, mais elle ne rend pas de gaz par l'anus, on pratique de nouveau deux ponctions capillaires qui sont suivies d'un soulagement immédiat.

Le 20. L'incontinence des matières fécales continue ; on cherche à évacuer les gaz par l'anus, en introduisant dans le rectum une sonde œsophagienne jusqu'à une hauteur de 35 à 50 centimètres, mais il ne s'écoule qu'un peu de matières liquides. Nouvelle ponction capillaire.

Le 21. L'oppression et le météorisme nécessitent trois ponctions, une seule donne issue à quelques gaz et amène par suite peu de soulagement.

Le 22. Nouvelle ponction avec le gros trocart : des gaz et des matières fécales (40 gr. environ) s'échappent par la canule. Quelques henres après sont survenues des selles liquides très abondantes qui ont soulagé la malade. Elle laisse toujours échapper des urines.

Les jours suivants on continue les ponctions chaque fois que le météorisme l'exige ; deux sont restées sans résultat ; l'autre, pratiquée du côté droit, donne issue à quelques gouttes de sang pur. Le pouls se maintient entre 110 et 120 pulsations, mais la malade ne vomit pas et n'accuse de douleur en aucun point de l'abdomen. Incontinence d'urine.

Le 29. On fait des ponctions moins fréquentes, car la malade rend quelques gaz par l'anus ; la diarrhée est toujours aussi abondante ; l'état général baisse de plus en plus ; la malade s'alimente à peine.

De chaque côté de l'abdomen, autour des points où l'on a fait les ponctions, sont deux abcès de la paroi abdominale.

Le 30. Sur les parties génitales externes et sur la face interne des cuisses, existent quelques pustules d'ecthyma gangréneux. Cés pustules sont disséminées sur un fond jaune pâle, prélude de la gangrène.

La malade est très oppressée et n'a plus son intelligence. Le pouls est petit et rapide. On pratiqua une dernière ponction qui donne issue à beaucoup de gaz.

Le 31. Mort à 2 heures du matin.

Nécropsie (30 heures après la mort). — Gros intestin, distendu par les gaz, a acquis des dimensions considérables. A droite, au niveau du coude que le côlon transverse fait avec le côlon descendant, autour des piqûres pratiquées sur l'intestin, on remarque une teinte noire hémorrhagique ; une portion du grand épiploon, adhérente à cette partie d'intestin, est également noire et imbibée de sang. A gauche, sur le côlon descendant, les lésions sont plus avancées ; dans les mailles de la portion du grand épiploon, qui recouvre le gros intestin, à cet endroit, on retrouve des matières fécales ; le gros intestin est perforé en un point d'où l'on peut faire sourdre des matières par la pression. En ce point on sent dans la paroi intestinale une masse dure présentant à la surface plusieurs petites eschares grosses comme une lentille ; si on fait une incision, la tumeur s'efface et il sort du pus.

Nous ferons remarquer que le gros intestin a perdu la

contractilité nécessaire pour revenir sur lui-même ; car, débarrassé de ses gaz, il conserve néanmoins un diamètre assez étendu. Les deux points malades du gros intestin nous ont paru correspondre aux ponctions faites avec le gros trocart. On trouve, sur le péritoine viscéral et pariétal, de fines arborisations, mais pas de pus ni de fausses membranes.

L'utérus est en rétroversion, le col appliqué contre la symphyse du pubis; sa paroi postérieure, qui contient la tumeur, repose sur la concavité du sacrum; sa paroi antérieure et sa cavité ont conservé leurs dimensions normales. La muqueuse utérine est saine. On trouve sur le col plusieurs tumeurs petites constatées pendant la vie : ce sont les œufs de Naboth ayant acquis le volume d'une noisette.

Dans un dédoublement de la paroi postérieure de l'utérus on trouve une tumeur lisse et arrondie, un peu plus volumineuse que le poing d'un adulte, s'énucléant facilement et reliée à l'utérus par de simples tractus celluleux. Cette tumeur donne une fausse sensation de fluctuation, et si on incise son enveloppe, le contenu fait hernie, comme fait la moelle quand on incise la pie-mère. A la coupe, elle présente une teinte rosée; elle paraît appartenir à la variété des myômes mous, où les faisceaux musculaires et quelquefois les vaisseaux prédominent, tandis que le tissu conjonctif y est rare et lâche.

La vessie contient 308 gr. environ d'urine claire et limpide; mais elle forme une poche plus grande que l'estomac, remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. De chaque côté elle a contracté des

adhérences avec les annexes de l'utérus, de sorte qu'elle est étalée en éventail au devant de la tumeur.

L'uretère gauche est comme le petit doigt et communique librement avec la vessie et le rein : celui-ci est fortement hyperhémié et contient deux petits abcès ; l'uretère droit est aussi augmenté de volume, il ne communique plus avec le rein qui a presque entièrement disparu. Il est remplacé par « une tumeur fluctuante, représentant cinq à six fois le volume du rein normal et ne contenant guère que du pus » ; il ne reste du rein qu'une petite masse grosse comme deux noix en voie de destruction et reliée à la paroi de la poche par des cordons fibreux, débris des vaisseaux du rein.

Tous les autres organes sont sains.

Observation VIII (1).

Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale. Rétention d'urine méconnue. — Ponction de la vessie. — Aucun accident consécutif du côté de l'appareil urinaire. — Quelques jours plus tard, phlébite utérine. — Mort.

Le 29 mai 1874, la nommée Claudine Ch..., âgée de 52 ans, était admise à l'hôpital.

Habituellement bien portante, cette femme avait été réglée à 17 ans, s'était mariée à 33 ans, et avait eu sept enfants, le dernier en octobre 1867. Depuis cette époque jusqu'en 1873, elle fut très régulièrement mens-

(1) Extrait des Archives de Tocologie (2e année, 1875). Société anatomique, séance de juillet 1875.

truée pendant cinq ou six jours chaque mois. Jamais elle n'a perdu de sang dans l'intervalle de ses règles. Veuve depuis 1872, elle affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis 1871.

Au 1er mai 1873, ses règles, qui étaient apparues le mois précédent, ne revinrent pas; il en fut de même en juin et en juillet. Au 1er août survinrent des pertes excessivement abondantes, qui persistèrent, quoique moins fortes à certains moments, jusqu'au 1er mai 1871. Elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, marchait et dormait bien. Son ventre était assez volumineux, mais elle n'y prêtait aucune attention. Très affaiblie et craignant le retour de nouvelles hémorrhagies, elle demanda son admission à l'hôpital.

L'examen physique de cette malade donna les renseignements suivants : le ventre était arrondi, plus volumineux que normalement. Au palper, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement globuleuse, arrondie, partant de la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était mate à la percussion; la sonorité perçue au-dessus et sur les côtés indiquait que les intestins étaient refoulés. Cette tumeur était de plus liquide, car il existait une fluctuation très évidente. Il n'y avait pas d'ascite. A l'auscultation, ni bruit de souffle ni battements du cœur fœtal.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouvait une tumeur qui faisait saillie dans la cavité du vagin. Cette tumeur était arrondie, dure, résistante, un peu irrégulière à la surface. Elle avait le volume d'une tête de fœtus arrivé au septième mois. Elle sortait à travers l'o-

rifice du col utérin, qui présentait une dilatation grande comme la paume de la main. Les lèvres du col formaient un cercle complet. Entre ces lèvres et la tumeur, on pouvait faire pénétrer l'index, mais il était bientôt arrêté dans un cul-de-sac. Cette disposition, bien constatée du côté gauche, existait dans tout le pourtour, excepté dans un point à droite, où le doigt, pénétrant de 3 cent. 1/2 à 4 cent. 1/2, n'était pas arrêté. Il y avait donc autour de la tumeur un fossé, une rigole presque complètement circulaire.

Cette tumeur était-elle solide ou liquide? En combinant le palper abdominal et le toucher, lorsqu'on appuyait une main sur la tumeur liquide de l'abdomen, on sentait refoulée celle qui faisait saillie dans le vagin. En percutant le ventre, on crut apercevoir la sensation de flot transmise au doigt qui pratiquait le toucher; mais cette sensation était peu nette.

Il n'existait, du reste, aucun trouble de la défécation, la malade n'était pas constipée; aucun *trouble de la miction;* elle urinait plusieurs fois par jour, sans éprouver jamais de douleurs dans le ventre; ses urines étaient du reste limpides, et ne contenaient pas d'albumine.

A quelle affection avait-on affaire? Existait-il une tumeur liquide de l'abdomen ayant déprimé le fond de l'utérus et ayant déterminé une inversion de cet organe? Existait-il plutôt une tumeur à la fois solide et liquide développée dans l'épaisseur de la paroi utérine? Ou bien, enfin, n'y avait-il pas deux tumeurs superposées : une liquide abdominale, et une solide utérine? Pour arriver au diagnostic complet, il fallait : 1° prati-

quer le cathétérisme utérin, ce qui était facile et nullement dangereux, car la femme ne présentait aucun signe de grossesse; 2° faire une ponction exploratrice pour voir quelle était la nature du liquide.

Le cathétérisme utérin fut fait. Dans le point où à droite le doigt n'était pas arrêté par la rigole circulaire, on fit pénétrer une sonde en gomme qui enfonça jusqu'à 14 ou 15 centimètres environ. La première supposition n'était donc plus admissible : il n'y avait pas insertion utérine.

Un médecin de l'hôpital, fort habile dans le diagnostic des affections utérines, ayant été appelé pour voir cette malade, pensa qu'il existait deux tumeurs, une tumeur solide, qui était un corps fibreux de l'utérus, et une tumeur liquide superposée, probablement un kyste de l'ovaire. L'existence d'une seule tumeur liquide et à parois épaisses restait cependant admissible, et la ponction exploratrice fut résolue. Mais, dans la nuit du 31 mai au 1er juin, la malade commença à perdre du sang. L'écoulement persista le 1er juin jusqu'au 2 juin au matin. Comme il était très abondant, on dut alors pratiquer le tamponnement, en imbibant de perchlorure de fer les deux premières boulettes de charpie. L'hémorrhagie s'arrêta; on enleva le tampon le lendemain soir, 3 juin, et il ne persista qu'un léger suintement pendant quelques jours.

Le 10 juin, à 9 heures du matin, la malade étant tout à fait bien portante et ayant uriné assez abondamment une heure auparavant, on pratiqua la ponction avec le trocart capillaire et l'aspirateur Dieulafoy. On retira

1 kil. 120 gr. d'un liquide limpide, transparent, légèrement jaunâtre, ne contenant pas d'albumine. En pratiquant alors le toucher, on sentit la tumeur qui sortait à travers l'orifice du col utérin; elle était moins saillante, plus dépressible, en partie rentrée, et ne paraissait cependant pas avoir été vidée.

La journée fut bonne; le repos absolu au lit fut prescrit. Le lendemain matin, on constata que la tumeur abdominale s'était en partie reproduite; la tumeur utérine était de nouveau dure et saillante dans le vagin.

Le liquide qui avait été extrait, examiné au laboratoire de physiologie de la Faculté par M. Galippe, n'était autre que de l'urine. On avait donc ponctionné la vessie par erreur; il était, du reste, facile de s'en assurer : il suffisait de pratiquer le cathétérisme de la vessie, et, comme la tumeur s'était reproduite au côté de l'abdomen, elle devait disparaître de nouveau. C'est ce qui fut fait le 11, à 6 heures et demie du soir; bien que la malade eût uriné 1 litre et demi auparavant, il sortit 1 litre de liquide, le ventre tomba, et le corps fibreux qui faisait saillie à travers l'orifice du col s'affaissa. L'expérience fut, du reste, répétée le 12 juin.

L'état général de la malade continuait à être excellent lorsque le 14, à 6 heures du soir, quatre jours après la ponction, elle fut prise d'un frisson; une heure plus tard elle vomit, et eut de la diarrhée toute la nuit. Elle crut à une simple indigestion.

Le 15, elle eut de la fièvre; la langue était sale, un peu sèche; la peau était chaude; il n'existait de douleur bien nettement limitée en aucun point de l'abdomen.

Le 16. La nuit a été mauvaise; la malade n'a pas dormi. La fièvre persiste pendant la journée. Comme il paraît exister une légère douleur du côté du rein droit, on fait appliquer quatre ventouses scarifiées. Le soir, à 6 heures, frisson violent ; à 6 heures et demie, pouls 152 ; T. vagin., 42,2. Les urines, examinées, sont normales : elles ne contiennent pas de sang, elles ne renferment pas de trace d'albumine.

Le 17. La fièvre est toujours vive : Pouls 116, T. vagin., 40,2. Il n'y a pas de douleur bien nette dans le ventre ni à la région lombaire; il existe un peu d'œdème des membres inférieurs. Malgré la fièvre, la malade dit ne pas souffrir, se sentir très bien, et elle demande à se lever ; le facies est altéré; la langue et les lèvres sont sèches.

Soir : Pouls 132; T. vagin., 41°. Il y a un nouveau frisson à 5 heures. Depuis la veille, la malade a expulsé 1 litre et demi d'urine; elle a dû être sondée le matin et le soir.

Le 18, matin. Pouls 124; T. vagin., 40,3. On avait d'abord pensé à une néphrite aiguë ou à une phlébite utérine. Les douleurs n'existaient pas nettement du côté des reins; les urines conservant jusqu'alors leurs caractères normaux et ne contenant ni sang ni albumine, la seconde supposition reste seule probable, surtout en présence de l'état général de la malade, qui croit se trouver bien et semble étonnée qu'on prenne tant de soins pour elle.

Soir : Pouls, 184 ; T. vagin., 41,3.

Le 19, matin. Pouls, 188; T. vagin., 41°. La malade succombe à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie faite le 20 juin, à 4 heures du soir, vingt-sept heures après la mort. — L'appareil génito-urinaire fut enlevé complètement : les reins étaient gras, nullement enflammés. Les uretères n'étaient point comprimés à leur entrée dans la vessie. La vessie elle-même n'était le siège d'aucune altération. Les parois étaient seulement relâchés par suite de leur distension habituelle ; on ne retrouvait sur la face interne aucune trace de la ponction. A la face externe, on constatait l'existence d'un petit caillot bien limité dans le tissu cellulaire, au point où le trocart capillaire avait pénétré.

Du côté de l'utérus, il existait une tumeur fibreuse faisant saillie dans le col, et développée aux dépens de la partie inférieure du corps. Un conduit, long de 8 à 10 centimètres, était situé sur la partie latérale droite de cette tumeur, et menait dans la cavité utérine proprement dite qui était placée au-dessus. En incisant le tissu utérin, à droite et un peu en arrière, on trouva du pus dans une des veines : la pression en fit sourdre 4 à 5 gouttes. Les annexes étaient saines ; les ligaments larges, les trompes, les ovaires n'étaient le siège d'aucune altération ; une vésicule de Graefe était en pleine voie de développement sur l'ovaire droit.

Il n'y avait pas trace de péritonite. Les veines utéro-ovariennes et la veine cave inférieure n'étaient le siège d'aucune lésion.

La rate était normale, un peu ramollie. Le foie était gras : en quelques endroits, on trouva des taches blan-

châtres, petites, arrondies. Dans la cage thoracique, le péricarde et le cœur étaient sains; les plèvres ne renfermaient aucun liquide; les poumons étaient normaux : il n'y avait qu'un peu de congestion à la base et en arrière.

Réflexions.— En résumé, l'existence d'un corps fibreux avait amené chez cette femme une rétention d'urine qui fut méconnue, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune douleur, la miction paraissant régulière et normale, les urines elles-mêmes n'étant point altérées. L'existence de la tumeur liquide formée par la vessie, tumeur dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée, avait rendu le diagnostic difficile.

La ponction de la vessie, faite avec le trocart capillaire de l'appareil Dieulafoy et l'aspiration n'avaient été suivies d'aucune inflammation de l'appareil urinaire. La malade avait succombé rapidement avec des accidents de phlébite utérine. Le toucher vaginal, pratiqué très fréquemment, n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie.

Observation IX (de Hanot) (1).

Myôme utérin. — Compression des deux uretères. — Mort avec des symptômes urémiques.

Autopsie. — Encéphale et poumon sains, mais notablement anémiés ; foie graisseux; rate normale.

(1) Annales de Gynécologie, Juillet 1884, p. 4.

Tumeur utérine à peu près sphérique, de 0,12 de diamètre, d'aspect rosé, parfaitement lisse à sa surface. Elle est fortement adhérente à droite. Le vagin est déjeté à droite, contourne tout le bord de la tumeur et rejoint ainsi le col utérin, qu'on trouve à droite de la portion de la tumeur la plus éloignée du pubis. Le vagin, dans cette étendue, était comprimé entre la tumeur et les parties osseuses correspondantes du pubis; sur la paroi du canal accolée à la tumeur est une ulcération circulaire de 0,003 de diamètre, qui conduit dans un sinus veineux de la tumeur. La vessie est aussi déviée à droite ; l'uretère gauche, pour la rejoindre, s'accole, en y adhérant intimement, à toute la portion gauche de la tumeur sur laquelle il forme comme un canal creusé à la périphérie. Les deux uretères comprimés par la tumeur ont un diamètre environ quatre fois plus grand qu'à l'ordinaire, et leurs parois ont triplé d'épaisseur. L'uretère gauche ayant son embouchure dans le bassinet, sur une étendue de 3 mill., présente sur sa face interne des sortes de valvules conniventes, limitant entre elles des culs-de-sac plus ou moins saillants au dehors ; il est impossible de faire pénétrer directement un stylet dans la cavité du bassinet. La substance des deux reins est criblée d'une multitude de petits abcès. La tumeur du petit bassin, représente assez exactement, à première vue, un utérus gravide. A son extrémité supérieure et postérieure, se dessine nettement un fond utérin de 8 mill. de large et à chaque angle duquel est annexé un ovaire normal.

Le reste des ligaments larges a disparu presque com-

plètement dans le développement de la tumeur; les veines qu'on y trouve sont sinueuses, notablement dilatées. La malade, dans les derniers jours de sa vie, avait présenté des vomissements, du délire, un abaissement de température, qui sont attribués à l'urémie par l'auteur de l'observation.

Observation X (Reverdin) (1).

Mme D..., 42 ans, tempérament lymphatique, constitution moyenne. Réglée depuis l'âge de 15 ans d'une façon régulière; grossesse heureuse il y a 15 ans. D'une santé habituellement bonne, Mme D.., commença, il y a quelques mois, à souffrir des reins, elle se plaignait de gêne dans le ventre, d'un grand poids ; puis survinrent de la constipation et des troubles de la miction.

La première fois que je la vis, elle venait d'avoir ce qu'elle appelait une de ses crises, c'est-à-dire une rétention d'urine très pénible; à plusieurs reprises ces accidents se reproduisent et me forcent de la sonder.

Par le toucher vaginal, on sent la cavité pelvienne remplie par une tumeur de forme généralement arrondie, bosselée à sa surface, très dure, lourde, paraissant peu mobile au premier abord.

Pour atteindre l'utérus, il faut remonter assez haut derrière la symphyse ; on trouve alors un col petit, en-

(1) Hystérectomie sus-vaginale. Revue médicale de la Suisse Romande, 15 juin 1884, p. 318.

tr'ouvert, collé contre la vessie, créant de la sorte un obstacle mécanique au cours de l'urine.

L'utérus est en antéversion, sa cavité mesure 6 centimètres 1/2.

J'ai dit que la tumeur paraissait peu mobile, cependant, en plaçant la malade à genoux et la tête basse, on parvenait à la faire glisser jusqu'au-devant du promontoire, sur lequel les bosselures de la surface donnaient l'impression de soubressauts.

Il y avait donc un certain degré de mobilité ; quant au point d'implantation de la tumeur, on le trouvait à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus ; par le toucher bimanuel, on sentait là un point d'attache large d'environ deux travers de doigts, mais trop court pour mériter le nom de pédicule.

Après avoir essayé en vain durant un mois le traitement par le courant constant (traitement qui m'a donné de bons résultats chez d'autres malades du même genre), je prescrivis l'ergotine, sans plus de succès. La malade, lassée de souffrir, demandait instamment une intervention plus active. Je lui expliquai nettement les dangers auxquels elle s'exposait ; cette perspective ne l'arrêta pas. « Je ne puis rester comme cela, » telle était sa réponse. Une nouvelle crise de rétention d'urine acheva de la décider.

L'opération fut fixée au jeudi 6 mars 1884, et pratiquée avec l'aide des professeurs J.-L. Reverdin et Jentzer, et des docteurs Andréa, Vautier, Gremaud et Silvestre.

La malade, purgée la veille, a pris un grand bain.

La paroi abdominale est incisée suivant la ligne médiane sur une longueur de 12 cent. à partir du pubis ; avant d'ouvrir le péritoine, l'hémostase de la paroi est faite avec grand soin. Ligatures au catgut.

Je constate bientôt que la tumeur n'offre pas d'adhérences profondes et que son point d'implantation est bien ce que nous l'avions jugé ; je sens que quoique retenue dans le petit bassin, la masse fibreuse pourra être basculée assez facilement. Un peu au-devant d'elle se trouve une seconde tumeur de même nature, grosse comme un œuf, implantée directement sur la matrice et que nous n'avions pas sentie, cachée qu'elle était derrière le pubis.

Je prolonge mon incision jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic par la gauche. La vessie, qui a été vidée au début de l'opération, remonte très haut ; nous risquons même de l'entamer d'un coup de ciseaux ; la situation de la tumeur explique ce déplacement. Les intestins, quoique maintenus au moyen de flanelles chaudes, font subitement hernie pendant un effort de vomissement ; la narcose est poussée plus loin et les intestins réduits : je puis alors, en glissant la main dans le petit bassin, faire peu à peu basculer la tumeur et finis par la dégager entièrement.

La question se pose alors de savoir s'il est possible de n'enlever que les tumeurs ou s'il faut enlever encore la matrice ; pour mieux voir, j'applique un serre-nœud de Kœberlé sur le pédicule de la grosse tumeur et l'ampute à quelques centimètres au-dessus ; mais ce pédicule ou plutôt cette base d'implantation est tellement courte que

le fil de fer mord moins sur la tumeur que sur le tissu utérin lui-même ; il s'agit en outre d'enlever de la même façon la petite tumeur, ce qui nous obligera à laisser la plaie abdominale ouverte, pour rester maître des deux serre-nœuds que nous devons employer. Cela ne serait que moitié mal si nous étions sûrs de l'hémostase, mais le pédicule saigne au niveau et au-dessus du fil, car je le répète, vu le mode d'implantation de la tumeur, c'est surtout le tissu utérin qui supporte l'effet de la constriction. Par ces diverses raisons, et fort de l'avis de mes collègues, je me décide à pratiquer l'hystérotomie sus-vaginale.

Je traverse l'utérus, à trois centimètres environ au-dessus de l'insertion vaginale, d'avant en arrière, avec une aiguille mousse, et j'y passe deux forts cordonnets de soie avec lesquels je lierai le pédicule utérin en deux portions, lorsque l'organe sera séparé de ses ligaments larges.

Pour y arriver, j'applique à quelque distance du bord droit de l'utérus, de haut en bas, sur le ligament large, une large pince à mors parallèles ; l'hémostase étant ainsi assurée du côté périphérique, je serre fortement l'utérus entre mes dix doigts pendant que je coupe le long de son bord le ligament large ; le côté gauche étant traité de la même façon, jusqu'au niveau du point où j'ai placé d'avance les cordonnets de soie, je puis fort aisément lier le pédicule utérin en deux portions et placer encore une ligature de sûreté au-dessous. Pendant ces manœuvres, l'hémorrhagie a été nulle. L'hémostase des ligaments larges n'est, il est vrai, que provisoire, mais,

grâce aux pinces, il est aisé de la rendre définitive, car on voit à merveille la lumière des vaisseaux faire pour ainsi dire hernie entre leurs mors; de même que la trompe, le ligament de l'ovaire, le ligament rond, toutes les parties du ligament large pouvant donner du sang, sont liées, et nous avons en définitive une douzaine de ligatures, plus les trois du pédicule. Ces dernières ne sont pas coupées court comme les autres, parce que nous désirons les faire sortir par l'angle inférieur de la plaie.

2° C'est à deux centimètres au-dessus des ligatures que l'utérus est amputé au bistouri ; je creuse ensuite avec des ciseaux cette surface de section de façon à la convertir en une dépression comique dont l'orifice, situé au centre, et qui n'est autre que la cavité utérine, représentera le sommet; la surface prend donc la forme d'un entonnoir, dont je rapproche les bords pour les coudre ensemble (coutures, soie et catgut). Le moignon a de la sorte bonne tournure ; sa surface de section est recouverte et un suintement ne peut guère se produire. C'est dans le même but que Maslowsky recouvre avec un lambeau de péritoine la surface de section du pédicule, dans l'ovariotomie, et que Sims et Hégar traitent le col de l'utérus lorsque, après l'avoir amputé, ils suturent la muqueuse du canal cervical à celle du col.

Bref, cette manière de faire, dont la planche rend mieux compte que la description, me paraît avantageuse.

Restent les ovaires, que nous enlevons très aisément, ligature double et ligature de sûreté sur chaque pédicule. La narcose obtenue avec 400 gr. d'éther a été bonne,

et grâce à la précaution de tout lier ou comprimer avant de couper, nous n'avons eu aucune hémorrhagie sérieuse à réprimer.

La toilette péritonéale achevée, le péritoine est suturé au catgut, la paroi abdominale à la soie, une suture à bâtonnets et quelques points superficiels au catgut complètent la réunion. Par l'angle inférieur de la plaie sortent les trois ligatures du pédicule utérin.

Un pansement antiseptique volumineux comprime tout l'abdomen et les cuisses. L'opération a duré près de deux heures, y compris la narcose et le pansement. La malade, reportée dans son lit, se remet rapidement ; à midi, la température est 36.5, pouls 80, régulier, quoique faible ; à huit heures du soir 37.2, pouls 80. La malade remercie des soins qu'on lui donne et dort une partie de la nuit.

Elle a bu du bouillon, de l'eau de Vals, du Champagne et du lait ; un seul vomissement.

Le lendemain, 7 mars : température 37.1, pouls 85 ; la malade commence à vomir, sans aucun effort ; c'est une espèce de régurgitation de matières salivaires claires et de boissons ingérées. Pas de selles. Douleurs dans le ventre et dans l'estomac. La nuit est mauvaise, la température était cependant à 38.1, et le pouls à 90 à deux heures après-midi, les mêmes vomissements continuent absolument incolores et inodores.

Le 8 mars, 37.5 le matin, 38.4 soir ; à partir de sept heures du soir, les vomissements ayant toujours persisté, la température commence à baisser, et la malade meurt

à trois heures du matin, soit soixante-quatre heures après l'opération.

Quelques heures avant la mort, la malade se plaignant d'être trop serrée, je défis le pansement : supposant qu'il y avait peut-être un peu d'épanchement dans la cavité péritonéale, j'introduisis le long des fils maintenus au dehors, jusque dans la cavité de Douglas, une sonde de femme ; il s'écoula environ 150 grammes de sérosité sanguinolente ; la malade parut soulagée.

Résultats de l'enquête faite par le Dr Buzzi, assistant d'anatomie pathologique. — Ventre ballonné ; à la partie inférieure de l'abdomen incision allant de la symphyse jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, quinze sutures, plus deux sutures profondes au bâtonnet.

Tissu adipeux très développé, séreuse dépolie et recouverte de quelques fausses membranes, anses adhérentes entre elles ; environ 100 gr. de liquide sanguin dans la cavité péritonéale.

A la face profonde de l'incision abdominale on trouve que la suture péritonéale a tenu vers le haut, tandis qu'elle s'est relâchée par en bas.

Cavité de Douglas : séreuse verdâtre, quelques ecchymoses anciennes, une large adhérence en forme de pont (figurée sur la planche X) entre le rectum et la partie sus-vaginale de l'utérus.

Dans le cul-de-sac utéro-vésical séreuse plus hyperhémiée qu'en arrière, petits caillots sanguins adhérents.

Le moignon utérin au-dessus de ces ligatures présente une coloration violacée ; les sept sutures qui unissent ses

bords, ont tenu, il semble même que la réunion soit déjà effectuée, cependant on peut admettre qu'une partie se serait sphacélée. Les restes des trompes de Fallope (pavillon et tiers externe) ont une coloration verdâtre, assurément elles sont en voie de mortification par manque de nutrition.

Toutes les ligatures appliquées sur les ovaires, les trompes, etc., tiennent bien, mais à gauche du pédicule utérin se trouve un moignon assez volumineux, recouvert d'un caillot ; en lavant soigneusement ce caillot très adhérent et en le comprimant entre les doigts, on fait sortir du sang liquide de deux ouvertures situées vers son centre. En introduisant deux stylets, un dans chacune de ces ouvertures, on constate, qu'après un certain trajet, ces stylets se rejoignent dans un vaisseau commun et ressortent au bas du ligament large par une veine de gros calibre (assurément la veine utérine gauche). C'est par ces deux ouvertures que l'hémorrhagie s'est faite : hémorrhagie veineuse par reflux.

La vessie est hyperhémiée surtout vers le col.

Le vagin renferme un peu de liquide muco-purulent et présente une légère hyperhémie.

Le col utérin est largement entr'ouvert, lèvre antérieure boursouflée, quelques anciennes cicatrices. Il mesure 35 mil. de long.

La ligature est à 25 millim. au-dessus de l'orifice interne.

Poumons hyperhémiés.

Cœur : tuméfaction, trouble de la musculature et atrophie brune.

Diaphragme : tuméfaction, trouble, pas plaie, dégénérescence graisseuse.

Rate : sa pulpe a un aspect normal.

Rein : Pas de micrococcus, tuméfaction, trouble et dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la substance corticale.

Foie : tuméfaction, trouble, foie gras.

A quoi devons-nous attribuer la mort? A la péritonite! Mais quelle a été l'origine de celle-ci ? Sans doute il faut tenir compte du traumatisme, de la perte de sang pendant l'opération de la durée de celle-ci, de l'issue des intestins, de la présence des fils, etc., etc. ; mais tous ces facteurs sont si souvent inoffensifs, grâce à l'antisepsie, que nous sommes plutôt tenté d'attribuer l'accident à des causes plus précises; l'hémorrhagie et le sphacèle des trompes. De là découlent deux enseignements :

1 Serrer fortement toutes ses ligatures ;

2° Lorsqu'on enlève une matrice, enlever toute la trompe ;

3° La première est presque une vérité de La Palisse : *Serrer suffisamment toutes ses ligatures* pour n'être pas trahi par aucune ; à cela chacun s'évertue...

D'ailleurs, si ma ligature était peu serrée, elle n'a du moins pas cédé, puisqu'elle a permis à un fort caillot très adhérent de se former et de mettre obstacle au passage du sang; j'estime en effet que la petite hémorrhagie que nous avons constatée a dû se produire peu après l'opération et n'a pas persisté longtemps. Evidemment le sang étant épanché, en jouant le rôle de corps étranger, a pu con-

tribuer pour sa part à molester la séreuse. Aurais-je dû mettre un drain. Dans le cas particulier cela eût été avantageux puisqu'il y avait un liquide à éliminer; mais qui supposait qu'une ligature serait infidèle ? Dans cette hypothèse on l'eût refaite ou resserrée plutôt que de placer un drain. Non, cette première faute ne me paraît pas avoir eu les mêmes conséquences que la seconde, et c'est fort heureux car, on va le voir, il est bien plus aisé de remédier à cette dernière. Voici : lorsqu'on enlève une matrice, pourquoi laisser ne fût-ce même qu'une partie de la trompe? Ce moignon d'organe, devenu absolument superflu ne saurait que nuire ; d'ailleurs, pour l'enlever que faut-il ? Un coup de ciseaux et à peine une ou deux ligatures, car la suite l'a prouvé, ce moignon est fort mal nourri, il se mortifie ! Donc, sans pouvoir affirmer d'une façon absolue que la mort a été due à ce qu'on pourrait appeler une lacune opératoire, celle-ci me paraît cependant présenter une importance réelle et, le cas échéant, je m'empresserai de ne laisser dans l'abdomen aucun reste d'annexe qui ne soit nécessaire et capable de vivre.

Si j'ai publié cette observation dans tous ses détails, c'est d'abord afin de mettre quelque confrère à l'abri d'une déception, mais aussi dans la conviction qu'il est souvent plus utile de conter ses insuccès que ses succès ; trop de cas malheureux restent ignorés, d'où l'incurable boiterie de la statistique. Mes pinces à mors parallèles dont il est question sont des pinces déjà décrites dans cette revue (année 1883); très souvent utiles surtout dans les extirpations de goitres, elles sont un peu courtes pour

embrasser une haute surface telle que le ligament large; aussi ai-je fait construire par M. Demaurer une pince beaucoup plus grande. Des mors longs de 9 centimètres représentent l'un une gouttière, l'autre un cylindre beaucoup plus petit que la gouttière et entrant facilement dans cette dernière. En somme, c'est tout à fait le *fer à friser*, et il est aisé de comprendre que les tissus, une fois pincés entre ces deux surfaces, l'une concave, l'autre convexe, sont bien tenus, sans cependant être mâchés ou déchirés, comme cela arrive avec d'autres pinces.

Observation XI (1).

Hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérente au corps fibreux. — Ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur. — Traitement ultérieur de l'hydronéphrose. — Guérison par M. Pozzi.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, réglée à 14 ans, et qui n'a eu ni enfant ni fausse couche.

Deux tumeurs remplissent l'abdomen : l'une, médiane, solide, faisant corps avec l'utérus, est un corps fibreux, du volume d'une tête d'adulte, dont le début remonte à huit ans; l'autre, située dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté droit, fluctuante et manifestement liquide, date de quatre ans. L'une et l'autre tumeur se sont développées lentement, sans donner lieu

(1) Société de Chirurgie, séance du 9 avril 1884.

à d'autres symptômes morbides qu'une légère douleur locale et une gêne croissante pour la marche. Jamais de métrorrhagies, de coliques néphrétiques ou de pus dans les urines.

Une première ponction, faite dans l'hydronéphrose, à la Pitié, dans le service du professeur Brouardel, le 21 juillet 1883, a donné issue à 650 gr. de pus, comparable à de la purée de pois. La tumeur se reproduit rapidement, des accès fébriles quotidiens apparaissent. Seconde ponction.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital Pascal, la tumeur du ventre offre un volume considérable.

A droite, tout l'espace compris entre les fausses côtes et le bassin est rempli par le kyste fluctuant. Au milieu et à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'épigastre, siège la portion solide ou utérine de la tumeur, qui se continue manifestement avec la précédente, donnant à l'ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer. Le toucher vaginal montre le col abaissé et permet d'arriver tout autour sur la tumeur solide. Celle-ci est tout à fait immobile, mais ne plonge pas en arrière dans le petit bassin.

État général très mauvais. Perte de l'appétit et des forces. Fièvre hectique. Chaque soir une injection de morphine est nécessaire.

Urine très légèrement albumineuse.

L'opération était-elle indiquée? C'était l'unique chance de salut, et la malade la réclamait énergiquement.

Fallait-il se borner à une opération partielle ayant

pour but de guérir l'hydronéphrose suppurée dont le diagnostic était assuré par la ponction antérieure?

Fallait-il opérer simultanément le kyste rénal suppuré et le fibrome utérin par la laparotomie? Enlever celui-ci et arracher celui-là, ou tout au moins le déterger et le drainer par l'incision abdominale ?

Il semble plus avantageux de scinder en deux l'opération, de traiter en deux temps et par deux voies différentes la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait.

On commença par évacuer le kyste par une ponction aspiratrice sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. 1 litre 1/2 de pus épais, verdâtre, fut ainsi évacué. Le lendemain l'ouverture de l'abdomen fut pratiquée. L'incision dépassait l'ombilic de 6 centimètres. Adhérences molles généralisées, mais assez facilement détachées à la main.

La tumeur utérine dégagée dut encore être détachée des trois connexions suivantes : du ligament large gauche qui s'implantait sur sa partie inférieure ; à droite du ligament large dédoublé et remplacé par une énorme adhérence de l'hystérome avec la poche préalablement ponctionnée et dont les parois paraissent très résistantes; cette adhérence avait deux fois l'étendue de la paume de la main ; enfin, il fallait la détacher du col utérin ou, pour mieux dire, de la paroi inférieure de l'utérus.

Trois ligatures élastiques furent placées dans ces différents points. La ligature du col utérin fut faite par

transfixion et avec un double fil, de façon à serrer chacune des moitiés au col. Ces ligatures devaient être provisoires ou devenir définitives selon le cours ultérieur de l'opération.

La tumeur fut alors fendue de haut en bas et, avec le doigt et la spatule, énucléée de la coque musculaire qui l'enveloppait. Aucun écoulement sanguin n'eut lieu.

La confection du pédicule fut plus laborieuse.

A gauche, après avoir remplacé la ligature élastique par une double ligature de soie phéniquée, le ligament large fut séparé de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. A droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale, on dut conserver la ligature élastique ; toute la coque du tissu utérin, jusqu'à deux travers de doigts au-dessus des ligatures élastiques, fut sectionnée. Il en résulta un volumineux pédicule qui dut être divisé : un lambeau fut formé de la portion très vasculaire de la coque utérine, adhérente à l'hydronéphrose ; un second par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. Les ovaires ne furent donc pas enlevés.

Pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, il fut nécessaire de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur à laquelle étaient situés les moignons utérins. Les broches, passées en arrière des liens classiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très lon-

gue et très laborieuse, mais on n'eut qu'une perte de sang insignifiante. Sutures profondes et superficielles multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces peritonéales. Une ligature de sûreté en forte soie fut placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération (deux heures quarante-cinq minutes). Pansement avec la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à deux pour cent. (La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.)

Suites bénignes, les pédicules présentaient une forte tendance à s'enfoncer dans la cavité abdominale ; mais, grâce aux broches (qui furent coudées sous cet effort), il n'y eut pas, de ce chef, le moindre accident. Chute du pédicule onze jours après l'opération, le 29 septembre, cicatrisation complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, la cavité de l'hydronéphrose était restée à peu près vide, les douleurs à son niveau n'avaient même pas reparu. La palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange environ.

Dans les premiers jours de novembre, le kyste recommence à grossir ; toutefois la malade, qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital. L'état général est excellent. Les forces et l'appétit sont revenus. La malade marche facilement, quoique un peu courbée sous l'influence de le cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse du même côté ; la com-

pression qu'elle exerce donne lieu à des fourmillements dans la jambe. Aucune réaction générale.

Le 20 janvier 1883, ponction aspiratrice qui donne issue à deux litres d'un pus verdâtre, inodore, où l'analyse chimique relève 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Compression abdominale. Aucun phénomène morbide à la suite. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente. Au bout d'un mois, la malade demande à sortir.

Il n'y a plus, dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant la paroi abdominale. La malade fut revue a plusieurs reprises, et notamment le 19 mars. Il n'y avait pas trace de récidive. (Si celle-ci se fût produite, on se proposait de faire une large incison et le drainage de la poche dans un point déclive.)

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé ; il y a tout lieu d'espérer que la guérison est cette fois définitive.

M. Pozzi insiste :

1° Sur le rôle des corps fibreux de l'utérus dans la production de lésions rénales, et en particulier de l'hydronéphrose. Beaucoup de morts rapides après l'hystérectomie doivent, sans aucun doute, être attribuées à une dégénérescence plus ou moins avancée de l'appareil rénal, dont la gravité a été subitement exagérée par le traumatisme.

2° Sur l'utilité considérable de la ligature élastique dans les opérations d'ablation de tumeur abdominale, soit qu'on s'en serve temporairement pour assurer rapi-

dement l'hémostase durant l'opération, soit qu'on la transforme en mode définitif de ligature du pédicule, en remplaçant la pièce mobile du ligateur de M. Pozzi par deux fils de soie, noués à peu de distance l'un de l'autre.

Observation XII.

Myômes utérins considérables. — Hystérotomie. — Phénomènes d'anurie.— Péritonite.— Mort. — Autopsie.— Kystes du rein.

Klein (Marie), âgée de 38 ans, a eu le croup dans son enfance, une variole à 34 ans. Trois ans auparavant, elle avait présenté un point douloureux au niveau du frontal et de l'extrémité de l'umérus droit.

A la suite de ces ostéites, se produisit un écoulement de pus qui dura trois mois environ : puis il y eut formation de cicatrices adhérentes aux os.

K... est réglée depuis l'âge de 13 ans, s'est mariée à 16 ans et n'a jamais eu d'enfants. A 22 ans, elle eut une perte de sang assez considérable, à la suite de laquelle elle remarqua que son ventre augmentait de volume surtout à la partie inférieure.

Depuis lors, les métrorrhagies ont continué irrégulièrement, plus ou moins longues, plus ou moins abondantes, quelquefois assez considérables, en particulier la dernière, qui se produisit il y a six mois, pour mettre la vie de la malade en danger. De temps à autre, la malade se plaignait ensuite de douleurs vives dans tout l'abdomen, douleurs plus intenses dans la région de l'hy-

pochondre droit. Tous ces phénomènes avaient plusieurs fois engagé la malade à se faire soigner à l'hôpital Cochin, à l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à un traitement reconstituant et aux préparations martiales.

Cependant, le ventre avait toujours continué à s'accroître, si bien qu'elle se décidait à entrer de rechef à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Audhoui, qui, frappé de l'énorme développement de la tumeur non moins que de l'extrême faiblesse de la malade, la faisait passer le 12 janvier dans le service du Dr Polaillon.

12 janvier. Le facies de la malade est cireux, profondément altéré, les conjonctives pâles et exsangues, les mains diaphanes, les jambes sont maigres, non œdématiées, à peine un peu d'empâtement péri-malléolaire.

Le pouls est analogue à celui qui suit les grandes hémorrhagies, 70. Souffle anémique intense au premier temps du cœur et dans les deux jugulaires.

La respiration superficielle est courte, l'auscultation est négative. L'abdomen contraste par son développement avec l'amaigrissement des autres parties du corps ; sa circonférence mesure 1 m. 65; C'est un ventre de batracien, présentant en outre trois saillies noueuses à la partie supérieure, saillies appréciables à la vue.

A la palpation, on sent la cavité abdominale remplie par une tumeur considérable, présentant en haut trois saillies considérables, tumeur mate à la percussion, non fluctuante, mobile dans la cavité abdominale grâce à la concomitance de liquide ascitique, si bien que la tumeur donne dans certaines de ses parties la sensation d'un véritable ballottement; sur toute son étendue la paroi abdo-

minale antérieure amincie, comme parcheminée, en est parfaitement indépendante ; à l'auscultation, bruit de souffle intense coïncidant avec les pulsations radiales.

Le toucher vaginal laisse à peine sentir le col qui est étiré, remonté au-dessus des pubis, contre lesquels il est aplati ; les culs-de-sac n'existent plus.

Examen des urines ; négatif au point de vue du sucre et de l'albumine.

La malade, du reste, garde bien ses urines et ses matières fécales.

Le diagnostic porté est corps fibreux du corps de l'utérus, de dimensions considérables et tendant à s'accroître rapidement, ayant déterminé des hémorrhagies dangereuses pour la vie de la malade, par là même nécessitant au plus tôt l'intervention chirurgicale facilitée par l'ascite et l'absence d'adhérences.

La malade est soumise alors à un traitement réparateur : toniques, ferrugineux, vin de quinquina ; l'état général se relève et l'opération est fixée pour le commencement de février.

Les urines ont été examinées plusieurs fois pendant cette période préparatoire et n'ont jamais présenté ni sucre, ni albumine. Après évacuation du tube intestinal (deux purgatifs doux, huile de ricin 30 grammes) à deux jours d'intervalle et une dernière analyse des urines, négative comme les précédentes, l'opération est pratiquée le 7 février 1884.

7 février. Dès le matin, K... est entourée de flanelles et transportée dans une salle spéciale où elle doit rester isolée des autres malades et l'opération est faite sous le

spray, selon les précautions de la méthode antiseptique par M. le Dr Polaillon, assisté de MM. Pozzi, Kirmisson et Nepveu.

Evacuation préalable de la vessie.

Incision de la paroi abdominale antérieure partant du pubis et remontant à l'ombilic, division couche par couche, sans écoulement sanguin notable.

On arrive sur la tumeur, celle-ci trop volumineuse nécessite un débridement secondaire qui est fait en contournant l'ombilic et remonte à trois centimètres au-dessus de lui. La tumeur est alors repoussée à l'extérieur, et on peut bien se rendre compte de sa forme : un lobe antérieur, celui qui était appréciable à la palpation, présente en haut les trois noyaux qu'on percevait à travers la paroi abdominale antérieure ; un lobe postérieur plus considérable, séparé du précèdent par un profond sillon dans lequel s'engage la masse intestinale.

Les tumeurs sont enlevées par sections convergentes de façon à évider un pédicule en forme de coque, après qu'on a au préalable libéré les adhérences qui existaient surtout dans la partie gauche du petit bassin et sectionné les ligaments larges entre deux ligatures.

Notons aussi dès à présent l'aspect singulier et comme lardacé que présente le péritoine recouvrant le grand lobe ou lobe postérieur de la tumeur.

Une ligature élastique est alors appliquée par M. le Dr Pozzi, grâce à son ingénieux appareil, et l'opération va pouvoir dès à présent être exécutée à blanc, comme cela se passe lors d'amputation des membres selon la méthode d'Esmarck.

Le pédicule formé présente une hauteur de 10 cent. environ; il est laissé aussi considérable pour éviter les tractions trop fortes sur la plaie abdominale.

Ligature élastique définitive.

Le pédicule est fixé, grâce à douze points de suture à la plaie abdominale, de telle façon que toute la surface de la plaie se trouve communiquer avec l'extérieur. Ainsi tous les produits sécrétés ne pourront s'épancher dans la cavité abdominale.

La plaie abdominale se trouve en grande partie réunie, grâce à cette manière de procéder; l'angle inférieur seul reste libre et donne passage aux extrémités du fil des deux ligatures élastiques.

Pansement de Lister.

La chloroformisation, du reste très bien supportée par la malade, a duré deux heures.

Midi. Injection de morphine de 1 centigr.

4 heures. La malade se plaint de quelques coliques. Nouvelle injection de morphine (1 centigr.). T., 37,4; P., 96; R., 22.

La malade sondée ne rend pas d'urine.

Alimentation. — Champagne frappé, bouillon.

La malade continue à se plaindre de coliques. Nouvelle injection de morphine. T., 37°; P., 108; R., 34.

La malade est sondée et rend à peine quelques gouttes d'une urine non albumineuse.

Midi. Coliques persistantes. Vomissements.

4 heures. Vomissements verdâtres. Douleurs très vives dans le ventre. T., 38,4; P., 106; R., 33. Injection de morphine de 1 centigr.

A peine quelques gouttes d'urine par la sonde.

La malade s'affaiblit de plus en plus et succombe à 10 heures du soir.

L'autopsie est faite le 10 février, trente-trois heures après la mort.

Distension considérable de tout le tube intestinal.

Thorax. — Le poumon droit est réuni aux côtes par des adhérences molles, faciles à rompre. Ces adhérences, qui se rencontrent sur toute la surface du poumon, sont plus nombreuses en arrière et à la base et réunissent les lobes entre eux.

Rien de semblable à gauche.

Les deux poumons présentent de la congestion hypostatique, mais surnagent dans l'eau ; pas traces de tubercules aux sommets.

Le cœur pèse 395 gr., est hypertrophié, surtout dans sa partie gauche. Aucune lésion des valvules, qui sont toutes saines et suffisantes.

Abdomen. — Le foie (1 k. 800) est déformé, ovoïde, recouvert d'un péritoine épaissi, blanc, lardacé, analogue à celui que recouvrait la partie postérieure de la tumeur utérine ; adhérent au diaphragme, il présente à la coupe les caractères du foie cardiaque. Vésicule biliaire normale, remplie d'une bile jaune d'or.

La *rate* est adhérente au diaphragme, en plusieurs points ; elle présente, à sa surface, des plaque laiteuses, vestiges de péritonites anciennes ; elle pèse 390 gr.

Les *reins* (240-220 gr.) sont blancs, anémiés et kystiques ; celui du côté droit en particulier présente à sa surface extérieure de petits kystes lenticulaires et un kyste

du volume d'un œuf de pigeon à son extrémité inférieure. L'uretère du côté droit est dilaté, présente 1 cent. de diamètre environ et laisse écouler à la coupe une certaine quantité d'urine.

A l'examen microscopique, les tubes rénaux, par places, paraissent entourés d'une prolifération conjonctive très abondante.

C'est un rein chroniquement scléreux et qui tend à devenir chirurgical.

Bassin. — Du côté gauche du pédicule, on trouve du pus non collecté, environ 60 gr.; pas le moindre épanchement sanguin.

La vessie est intacte et ne contient pas d'urine.

Les uretères dilatés viennent s'y aboucher et ne sont pas compris dans la ligature élastique.

Celle-ci comprime encore le pédicule fortement.

La plaie d'amputation ne présente pas trace d'hémorrhagie, mais une teinte sale, et suppure dans toute son étendue.

CONCLUSIONS.

Les corps fibreux de l'utérus, à une certaine période de leur développement, amènent souvent des complications urinaires, qui doivent être prises en grande considération.

Ces accidents se produisent quand le fibrome est enclavé, ou bien encore dans le cas de fibrome abdominal volumineux.

Du côté de la vessie, ils se manifestent par l'incontinence, plus souvent la rétention de l'urine, parfois l'usure de la paroi et la formation d'une fistule.

Sur le rein et l'uretère, ils agissent à la manière d'une ligature qui serait progressivement resserée. L'uretère est dilaté (hydronéphrose), le rein est enflammé (sclérose, suppuration).

Ces complications rénales ont une influence très grande sur la marche de la maladie ; la mort est souvent la conséquence de la moindre opération.

Elles doivent toujours être soupçonnées par le chirurgien et l'inviter, si la malade n'est point trop affaiblie à hâter l'opération. Dans le cas contraire, à préférer l'intervention chirurgicale un traitement médical approprié.

Vu
Bon à imprimer,
Le Président de la thèse,
DAMASCHINO.

Vu
et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.